**Information über Datenaufzeichnung und Einverständniserklärung**

Sehr geehrte Eltern bzw. Erziehungsberechtigte

In der Klasse Ihres Kindes unterrichtet eine Studentin / ein Student der Pädagogischen Hochschule FHNW. Um nachträglich den Verlauf des Unterrichts analysieren und besser verstehen zu können, werden Teile des Unterrichts auf Video oder mit einem Audioaufnahmegerät aufgezeichnet. Bei diesen Aufzeichnungen ist nicht auszuschliessen, dass auch Ihr Kind aufgenommen wird. Die Pädagogische Hochschule FHNW sichert Ihnen zu, dass diese Daten vertraulich gehandhabt werden. Sie werden nur für die Nachbereitung des Praktikums verwendet und daher ausdrücklich nicht veröffentlicht. Alle Daten, die nicht anonymisiert sind, werden nach Abschluss der begleitenden Lehrveranstaltung gelöscht. Ich bitte Sie daher, auf der anhängenden Bestätigung mit Ihrer Unterschrift der Erhebung der Daten zuzustimmen. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung (     @fhnw.ch).

Mit bestem Dank für Ihre Unterstützung und freundlichen Grüssen

|  |  |
| --- | --- |
| Pädagogische Hochschule FHNWInstitut Primarstufe     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[Reflexionsseminarleitung Grundlegungsphase] | Name und Unterschrift der Studierenden          \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# Erklärung der Eltern/Erziehungsberechtigten

Name und Vorname der Schülerin / des Schülers:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name und Vorname der gesetzlichen Vertreterin / des gesetzlichen Vertreters:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bitte ankreuzen:

[ ]  Ich stimme der Erhebung der Daten für den beschriebenen Zweck zu.

oder

[ ]  Ich stimme der Erhebung der Daten NICHT zu.

Ort, Datum Unterschrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bitte geben Sie das Formular an die Studentin resp. den Studenten in der Klasse Ihres Kindes ab.**