Ort, Datum

**Information über die Aufzeichnung personenbezogener Daten und Einverständniserklärung**

Liebe Schülerin

Lieber Schüler

In Deiner Klasse unterrichtet ein Student/eine Studentin der Pädagogischen Hochschule der Fachhochschule Nordwestschweiz (PH FHNW). Die Studierenden werden Teile des Unterrichts und ganze Lektionen auf Video oder Audio aufzeichnen. Bei diesen Aufzeichnungen kann es sein, dass Du aufgenommen wirst.

Videoaufnahmen des Unterrichts sind an der PH FHNW ein wichtiges Mittel, um den Verlauf des Unterrichts besser verstehen zu können und zu beurteilen. Es geht darum, wie die Lehrperson unterrichtet und was sie besser machen könnte. Es geht also **nicht** um Deine Leistungen.

Uns ist der sorgfältige Umgang mit den Videos sehr wichtig. Deshalb erklären wir Dir, was damit geschieht.

* Ein Teil der Aufnahmen wird für einen Kurs der Studierenden an der Pädagogischen Hochschule genutzt.
* Ein anderer Teil der Aufnahmen wird gebraucht, damit Fachpersonen den Unterricht der Studierenden bewerten können.

Die Studierenden und die Fachpersonen sind an die Schweigepflicht gebunden und geben keine Daten weiter.

Die Aufnahmen werden auf Schweizer Servern der FHNW gespeichert und werden nach der Verwendung wieder gelöscht. Die PH FHNW stellt sicher, dass die Aufzeichnungen nur für den oben beschriebenen Zweck verwendet werden.

Ich bitte Dich und/oder Deine Eltern den Aufnahmen auf der nächsten Seite zuzustimmen.

Vielen Dank für Deine Unterstützung.

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Unterschrift der Studentin, des Studenten  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Pädagogische Hochschule FHNW  Name Leiter/in Konsolidierungsseminar  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# Zustimmung zu den Aufnahmen

Name und Vorname der Schülerin / des Schülers:

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

Name und Vorname des gesetzlichen Vertreters und/oder der gesetzlichen Vertreterin:

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

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

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