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:

Die Aufnahmen werden für einen Kurs an der Pädagogischen Hochschule verwendet. In diesem Kurs wird der Verlauf des Unterrichts mit anderen Studierenden und der Kursleitung angeschaut und besprochen.

Die Aufnahmen werden nach dem Abschluss des Kurses wieder gelöscht. Die Studierenden und die Kursleitung stellen sicher, dass die Aufzeichnungen nur für den angegebenen Zweck verwendet und anschliessend gelöscht werden.

Ich bitte Dich oder Deine Eltern, auf der nächsten Seite den Aufnahmen mit einer Unterschrift zuzustimmen.

Vielen Dank für Deine Unterstützung.

|  |  |
| --- | --- |
| Pädagogische Hochschule FHNWInstitut Sekundarstufe I und IIBerufspraktische Studien Sek I Name Seminarleitung\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Name und Unterschrift der Studentin, des Studenten\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# 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

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