

Änderungsmitteilung zur datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung in die Veröffentlichung von personenbezogenen Daten von Schülerinnen und Schülern

Kontakt Daten Schule

Gesamtschule Schermbeck
Schloßstraße 20
46514 Schermbeck

02853-861410

info@gesamtschule-schermbeck.de

Schulischer Datenschutzbeauftragter

Herr LGeD Christoph Droste

Ihre Daten sind bei uns entsprechend Ihren Angaben bei der Anmeldung hinterlegt. Geben Sie bitte nur Daten an, die Sie gerne ändern oder ergänzen möchten (z.B. neue Mail-Adresse, neue Telefonnummer, etc.). Alle anderen Daten behalten wir unverändert bei. Bitte vergessen Sie nicht, die Einwilligungserklärung und die Widerrufsbelehrung auf Seite 2 zu unterschreiben.

[Name, Vorname, Geburtsdatum der Schülerin/ des Schülers]

1. Schulverwaltungsrelevante Daten

1.1 Erreichbarkeit am Wohnsitz

	☐ Mutter ☐ Vater ☐ andere erziehungs- berechtigte Person	☐ Mutter ☐ Vater ☐ andere erziehungs- berechtigte Person
Name		
Vorname		
Straße, Nr.		
PLZ, Wohnort		
E-Mail privat		
Telefon privat		
Handy privat		

Hiermit willige ich/ willigen wir ein, dass die Schule uns auf die unten eingetragene Art kontaktieren darf und diese Informationen zu diesem Zwecke speichert: Bitte ankreuzen!

- ☐ private Telefonnummer*n
- ☐ private E-Mail-Adresse*n
- ☐ private Postadresse*n

1.2 Erreichbarkeit am Arbeitsplatz

	☐ Mutter ☐ Vater ☐ andere erziehungs- berechtigte Person	☐ Mutter ☐ Vater ☐ andere erziehungs- berechtigte Person
Name		
Vorname		
E-Mail dienstlich		
Telefon dienstlich		

Hiermit willige ich/ willigen wir ein, dass die Schule uns auf die unten eingetragene Art kontaktieren darf und diese Informationen zu diesem Zwecke speichert: Bitte ankreuzen!

- ☐ dienstliche Telefonnummer*n
- ☐ dienstliche E-Mailadresse*n

1.3 sonstige Personen

Bezeichnung (z.B. Onkel, Tante etc.)		
Name		
Vorname		
Telefonnummer		

Bezeichnung (z.B. Onkel, Tante etc.)		
Name		
Vorname		
Telefonnummer		

- ☐ Hiermit bestätige ich, dass ich das Einverständnis aller aufgeführten Personen zur Erfassung der Daten eingeholt habe.

1.4 Notfallinformationen bei Allergien und Krankheiten

Allergien	
Sonstige Krankheiten	
Behandelnde*r Facharzt/ Fachärztin (Name, Adresse, Telefonnummer)	

Hiermit willige ich/ willigen wir ein, dass die Schule folgende Notfallinformationen zu den o.g. Erkrankungen meines/unseres Kindes vorhält und im Fall eines medizinischen Notfalls meines/unseres Kindes nutzt: *Bitte ankreuzen und ergänzen!*

- ☐ Allergien und sonstige Krankheiten
☐ behandelnde*r Facharzt/ Fachärztin

Einwilligungserklärung:

Ich erkläre meine Einwilligung in die Speicherung und Verarbeitung vorgenannter Daten zum jeweils angegebenen Zweck.

[Ort, Datum]

und

[Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten]

[ab dem 16. Geburtstag: Unterschrift Schülerin/ Schüler]

Widerrufsbelehrung:

Die Einwilligung ist freiwillig. Aus der Nichterteilung oder dem Widerruf der Einwilligung entstehen keine Nachteile. Diese Einwilligung kann für die Zukunft jederzeit widerrufen werden. Dabei kann der Widerruf auch nur auf einen Teil der Medien oder der Datenarten oder Fotos bezogen sein.

Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Bei Druckwerken ist die Einwilligung nicht mehr widerruflich, sobald der Druckauftrag erteilt ist. Im Falle des Widerrufs werden entsprechende Daten zukünftig nicht mehr für die oben genannten Zwecke verwendet und unverzüglich aus den entsprechenden Internet-Angeboten gelöscht, soweit die Verwaltung der Portale der Schule obliegt. Der Widerruf muss von Ihnen unterschrieben und schriftlich an das Sekretariat der Schule gerichtet werden. Dabei ist konkret Bezug zu nehmen auf das Veröffentlichungsmedium und das Erscheinungsdatum. Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass Anfragen zum Löschen von Inhalten bei Drittanbietern (digitale Presse und Onlineportale) im Falle eines Widerrufs direkt an diese gerichtet werden müssen.

Gegenüber der Schule besteht ein Recht auf **Auskunft** über Ihre personenbezogenen Daten, ferner haben Sie ein Recht auf **Berichtigung**, **Löschung** oder **Einschränkung** und ein Recht auf **Datenübertragbarkeit**. Zudem steht Ihnen ein **Beschwerderecht** bei der Datenschutzaufsichtsbehörde, der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, zu.

[Ort, Datum]

und

[Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten]

[ab dem 16. Geburtstag: Unterschrift Schülerin/ Schüler]