



\_\_\_\_\_ , den \_\_\_\_\_

Stempel der derzeit besuchten Schule

An das  
überregionale Beratungs- und Förderzentrum  
der Hermann-Schafft-Schule für die Schwerpunkte Hören und Sehen  
Am Schloßberg 1  
34576 Homberg/ Efze



### **Antrag auf vorbeugende Maßnahmen nach VOSB § 3 durch das überregionale Beratungs- und Förderzentrum der Hermann-Schafft-Schule**

- Erstantrag**  **Änderungsantrag** (z.B. bei Schulwechsel)
- hinsichtlich einer **Hörschädigung**  einer **Sehschädigung**

Name des Schülers/ der Schülerin: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Geschlecht: m / w / d

Schulbesuchsjahr: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Klassenlehrkraft: \_\_\_\_\_

Kontaktdaten der Schule:

Name, Schulform: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail, Telefon: \_\_\_\_\_

Kontaktdaten der Klassenlehrkraft:

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz / mobil: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz / mobil: \_\_\_\_\_

**Die Datenerfassung zur sonderpädagogischen Förderung in der LUSD (VM) ist durch das Schulsekretariat am \_\_\_\_\_ erfolgt.**

\_\_\_\_\_  
Datum / Name / Unterschrift der Schulleitung

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift der Klassenlehrkraft

### **Einverständniserklärung Erziehungsberechtigte**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass eine Lehrkraft des überregionalen Beratungs- und Förderzentrums (üBFZ) der Hermann-Schafft-Schule Homberg (Efze) zur hör- bzw. sehgeschädigtenspezifischen Beratung Kontakt mit den Lehrkräften meines Kindes und ggf. der Schulverwaltung aufnimmt.

Beratungsergebnisse sowie Maßnahmen der Förderung werden durch die zuständige Lehrkraft des üBFZ dokumentiert.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Erziehungsberechtigte)

### *Datenschutzhinweise*

*Die von Ihnen zu Ihrem Kind und zu Ihrer Person im Rahmen der üBFZ-Beratung freiwillig mitgeteilten und personenbezogenen Daten werden im zuständigen üBFZ zur Bearbeitung und Abwicklung des Vorgangs gespeichert. Die Vernichtung der Unterlagen erfolgt nach den Regularien des gültigen Erlasses zur Aktenführung des Landes Hessen.*

*Der Zweck der Datenerhebung besteht darin, im Sinne der §§ 54 ff. Hessisches Schulgesetz (HSchG) und im Sinne der §§ 3 ff. Verordnung über Unterricht, Erziehung und sonderpädagogische Förderung von Schülerinnen und Schülern mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen (VOSB) Maßnahmen der Beratung und/oder Förderung durch das Beratungs- und Förderzentrum durchzuführen.*

*Gegenüber der Schule bestehen gemäß Art. 15 ff. DS-GVO das Recht auf Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten, ein Recht auf Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung, ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO) sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung (Art. 21 DS-GVO). Zudem steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der Datenschutzaufsichtsbehörde, dem Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit, zu.*

*Diese Einwilligung kann für die Zukunft jederzeit schriftlich oder per E-Mail bei der Schulleitung widerrufen werden. Dabei kann der Widerruf auch nur auf einen Teil der Daten bezogen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs werden entsprechende Daten zukünftig nicht mehr für die oben genannten Zwecke verwendet und unverzüglich gelöscht. Soweit die Einwilligung nicht widerrufen wird, gilt sie zeitlich unbeschränkt, längstens jedoch bis zum Ende der Schulzeit.*

Bei dem Schüler / der Schülerin \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

liegt folgende Hörschädigung / Sehschädigung vor:

- eine periphere Hörschädigung (Schallleitungs-/ Schallempfindungsschwerhörigkeit)
- eine Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung (AVWS)
- Sehschädigung: \_\_\_\_\_
- Cerebral bedingte Sehbeeinträchtigung (CVI)

→ Bitte fügen Sie entsprechende **Bescheinigungen** und **Berichte** bei! ←

Wurde der Schüler/die Schülerin in der Vergangenheit durch die interdisziplinäre Frühberatungsstelle Hören/ Sehen betreut?

ja                       nein

Folgende Unterlagen / Berichte wurden in Kopie beigefügt:

---

---

---

---

Von wem wurde das Beratungsangebot empfohlen?

---

Folgendes regionales Beratungs- und Förderzentrum (rBFZ) / folgende rBFZ-Lehrkraft ist bereits beteiligt:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail, Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **(bitte nicht ausfüllen)** \_\_\_\_\_

Vorbeugende Maßnahme genehmigt

Homberg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Schulleitung Hermann-Schafft-Schule)