

## Antrag auf das Ruhen der Schulpflicht

nach § 29 Abs. 1 Sächsisches Schulgesetz

Hiermit beantrage ich für meine Tochter/ meinen Sohn das Ruhen der Schulpflicht

ab   .   .     bis\*   .   .     \*freiwillige Angabe

<b>1 Schulpflichtige/r</b>						
Familienname		Vorname			Geburtsdatum	Geschlecht
Straße		Hausnummer	Hausnummer-zusatz	Postleitzahl	Ort	
aktuell besuchte Schule/ Klassenstufe						

<b>2 Sorgeberechtigte/ r 1</b>						
Anrede	Familiennamen		Vorname			E-Mail-Adresse
Straße		Hausnummer	Hausnummer-zusatz	Postleitzahl	Ort	Telefon

<b>3 Besitzen Sie das alleinige Sorgerecht?</b>		Bitte fügen Sie den entsprechenden Nachweis Ihrem Antrag bei.				
<input type="checkbox"/> Ja (weiter mit 5)		<input type="checkbox"/> Nein (weiter mit 4)				

<b>4 Sorgeberechtigte/ r 2</b>						
Anrede	Familiennamen		Vorname			E-Mail-Adresse
Straße		Hausnummer	Hausnummer-zusatz	Postleitzahl	Ort	Telefon

<b>5 Gesundheitliche Gründe</b>						
<b>5.1 Diagnosen und Verlauf</b>		Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei.				
<hr/> <hr/> <hr/>						
<b>5.2 Therapien/Klinikaufenthalte u.s.w.</b>		Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei.				
<hr/> <hr/> <hr/>						
<b>5.3 Weitere Anmerkungen</b>						
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>						

**6** Gibt es Unterstützung durch das Jugendamt?

Wenn ja: Name und Kontaktdaten des Ansprechpartners: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nein.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigter/r

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigter/r

7

**Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht im Rahmen der /Antragsstellung**

**Für das Kind:**

.....  
*Name*

.....  
*Vorname*

.....  
*Geburtsdatum*

Hiermit entbinde/n ich/wir

**Sorgeberechtigte/r 1**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_

Hausnummerzusatz \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**Sorgeberechtigte/r 2**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_

Hausnummerzusatz \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

im Rahmen des gestellten Antrages auf Ruhen der Schulpflicht bzw. zur Klärung der Schulfähigkeit meines Kindes - insbesondere auch im Hinblick auf das Recht auf Bildung – nachfolgende Institutionen **gegenseitig** von ihrer Schweigepflicht

- Landeshauptstadt Dresden, Amt für Gesundheit und Prävention, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
- Landesamt für Schulen und Bildung, Standort Dresden
- Landeshauptstadt Dresden, Jugendamt, Stadtteilsozialdienst
- bisherige Bildungseinrichtung/Schule
- Landeshauptstadt Dresden, Amt für Schulen.

Ich willige ein, dass medizinische oder psychologische Befunde im Rahmen der Antragsbearbeitung durch die o.g. Stellen an das Amt für Schulen übermittelt werden können.

Zudem entbinde ich folgende Ärzte oder Institutionen von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Amt für Schulen:

	1.)	2.)
Name des Arztes/der Institution	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
Adresse	_____	_____
Telefon und Fax	_____	_____

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Sorgeberechtigter/r
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Sorgeberechtigter/r