

Urschriftlich zurück an:

Landratsamt Sächsische Schweiz-Osterzgebirge  
Abteilung Soziale Leistungen  
Referat Eingliederungs- und Behindertenhilfe  
PF 100253/54  
01782 Pirna

---

**E i n v e r s t ä n d n i s e r k l ä r u n g**  
**zur Offenbarung personenbezogener Daten**

---

Mit Bezug auf meine/unsere Mitwirkungspflicht bei der Entscheidung über das Ruhen der Schulpflicht gem. § 29 Abs. 1 SchulG

des Kindes \_\_\_\_\_

wohnhaft \_\_\_\_\_

stimme/n ich/wir \_\_\_\_\_

wohnhaft \_\_\_\_\_

als Sorgeberechtigte/r der Erteilung der notwendigen Auskünfte durch Dritte (insbesondere behandelnde Ärzte, Gesundheitsamt, Schule, Arbeitgeber, Bundesagentur für Arbeit etc.) zu.

Ich ermächtige die Abteilung Soziale Leistungen, sich die für die beantragte Leistung notwendigen Auskünfte durch Dritte zu beschaffen.

Ich/Wir beantragen das Ruhen der Schulpflicht für mein/unser o. g. Kind.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift