



Posteingang: _____ Bearbeiter: _____

An das
Sehbehinderten- und Blindenzentrum Südbayern
Pater-Setzer-Platz 1
85716 Unterschleißheim

Aufnahmeantrag für MSD /MSH (Antragsteller: Eltern)

Name (Eltern):	
Straße:	
PLZ Wohnort:	
Telefon:	
Email:	
Visus und Diagnose laut aktuellem augenärztlichen Befund (Kind):	

Als Erziehungsberechtigte von _____, geb.: _____
bitten wir um Betreuung unserer Tochter / unseres Sohnes durch den Mobilen
Sonderpädagogischen Dienst (MSD) bzw. die Mobile Sonderpädagogische Hilfe (MSH) des
Sehbehinderten- und Blindenzentrums Südbayern in Unterschleißheim.

Wir sind damit einverstanden, dass die Mitarbeiter des MSD/MSH des Sehbehinderten- und
Blindenzentrums im Rahmen ihrer beratenden Tätigkeit Einblick in die an der Schule/dem
Kindergarten vorhandenen pädagogischen, psychologischen und medizinischen Unterlagen
unseres Kindes nehmen können.

Wir sind darüber informiert, dass die Mitarbeiter des MSD/MSH-Sehen den Unterricht / die
Kindergartengruppe unseres / meines Kindes besuchen, Gespräche mit den Lehrkräften/
ErzieherInnen führen und im Sinne einer individuellen Förderung pädagogische Daten
erheben.

Wir sind damit einverstanden, dass die für die Aktenführung und Betreuung notwendigen
personenbezogenen Daten digital gespeichert werden. Sie werden keinesfalls an Dritte
weitergegeben oder ihnen zugänglich gemacht.
Ein Widerruf dieses Einverständnisses ist jederzeit schriftlich möglich.

**Bitte senden Sie uns jährlich den aktuellen augenärztlichen Befundbericht zu, da sonst
Stellungnahmen zum Nachteilsausgleich nicht rechtzeitig erstellt werden können
(Grund: Teils langen Wartezeiten in den Praxen, Fristen der Schulaufsicht).**

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten