

Heinrich-Hoffmann-Schule

Schule für Kranke im Klinikum Ibbenbüren
Große Str. 41, 49477 Ibbenbüren
Tel.: 05451-5495943 Fax: 05451-5429956
ibb@heinrichhoffmannschule.de
www.heinrichhoffmannschule.de



Sehr geehrte Erziehungsberechtigte,

Ihr Kind wird bald in der Tagesklinik Ibbenbüren aufgenommen und in dieser Zeit an unserer Schule unterrichtet. Hierzu wichtige Informationen:

Unterlagen/Absprache Heimatschule

Um uns mit den Lehrern der Heimatschule austauschen zu können und um den Anschluss an den Leistungsstand der Klasse möglichst zu halten, benötigen wir einige Informationen.



- **Bitte geben Sie die Unterlagen (Meldung, Infoschreiben, Checkliste) an den/die Klassenlehrer/in der Heimatschule.**
- **!! Sprechen Sie im Vorfeld bitte mit dem/der Klassenlehrer/in ab**, was er/sie der Klasse zum Fehlen Ihres Kindes sagen soll.



Aufnahme in die Heinrich-Hoffmann-Schule

Die Aufnahme an der Schule findet **am Tag der Aufnahme in die Tagesklinik um 12 Uhr** statt. Bitte halten Sie sich diesen Termin frei.

An diesem Termin sollen Sie und Ihr Kind unsere Schule und den zuständigen Lehrer kennenlernen. Zudem benötigen wir für unsere Arbeit einige Unterlagen und die Materialien Ihres Kindes.

Bringen Sie hierzu bitte mit:

- **Formular** "Allgemeine Daten/Entbindung von der Schweigepflicht" (ausgefüllt)
- **Schultasche und Materialien** ihres Kindes: Material der Hauptfächer (Bücher, Arbeitshefte, Hefte, Hefter...), Kunstmaterial (Bitte am letzten Schultag ihres Kindes in der Heimatschule daran denken.)



Aufnahme in den Ferien

Wird ihr Kind in den Ferien aufgenommen, melden wir uns telefonisch bei Ihnen, um einen Gesprächstermin auszumachen. Geben Sie bitte die entsprechenden Unterlagen (Formular "Allgemeine Daten/Entbindung von der Schweigepflicht" - ausgefüllt) sowie Materialien Ihres Kindes in der Tagesklinik ab.



Unterricht an unserer Schule

Wir unterrichten sehr individuell nach den Bedürfnissen der Schüler. Wir versuchen, wenn möglich, den Anschluss an den Leistungsstand der Klasse zu halten (siehe oben "Unterlagen Heimatschule").

Aus therapeutischen, pädagogischen oder organisatorischen Gründen kann es notwendig sein, Unterricht oder Inhalte zu reduzieren, so dass ein Anschluss evtl. nicht möglich ist.

Dieses Blatt ist für Ihre Unterlagen. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Th. Leubecher (Schulleiter)

Heinrich-Hoffmann-Schule

Schule für Kranke im Klinikum Ibbenbüren
Große Str. 41, 49477 Ibbenbüren
Tel.: 05451-5495943 Fax: 05451-5429956
ibb@heinrichhoffmannschule.de
www.heinrichhoffmannschule.de



Allgemeine Daten

Schüler/in	Vorname:..... Nachname:
	geb.: Nationalität:
	Religionszugehörigkeit: <input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> o.B. sonstige:
Erz.berechtigter/ (Anspruchspartner)	Vorname: Nachname:
	Straße, Nr.:
	PLZ, Ort:
	Telefon: mobil:
	E-Mail:
Schule	Schule: Ort:
	Klasse: Klassenlehrer/in:

Diese Daten werden nach VO-DV I erhoben, sind notwendige Grundlage für unsere Arbeit und dienen dem internen Gebrauch. Eltern sind verpflichtet diese Angaben zu machen. Die Schule ist dazu verpflichtet die Eltern hierüber zu informieren. (§ 120 (2) SchulG NRW).

Entbindung von der Schweigepflicht

Die Entbindung von der Schweigepflicht ist grundlegende Voraussetzung für unsere Arbeit. Sie ist auf sechs Monate nach der Entlassung beschränkt. Diese Erklärung ist widerrufbar.

Zwischen den Beteiligten werden die für die Arbeit notwendigen Informationen ausgetauscht (schulische Informationen/Unterlagen, Austausch mit der Tagesklinik und ggf. weiteren beteiligten Institutionen, siehe unten).

Ich/wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass im Rahmen schulischer Betreuung und Beratung unseres Kindes _____, geb.: _____

Informationen ausgetauscht werden zwischen den Lehrern der Heinrich-Hoffmann-Schule und weiteren betreuenden Stellen/Personen

- Mitarbeitern der Tagesklinik,
- Lehrern der Heimatschule
- evtl. weiteren beteiligten Institutionen wie neue Schule, bei Schulwechsel, offene Ganztagsgrundschule, Förderschulen/Gutachter im Sinne des AOSF, sozialpädagogische Familienhilfe.

Außerdem bin ich/sind wir darauf hingewiesen worden, dass sämtliche Daten, die zur Auftragserfüllung erforderlich sind, hier in elektronischer Form gespeichert werden müssen.

Name des/der Erziehungsberechtigten: _____

Anschrift: _____

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____