**Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn

_____

Name, Vorname (der/des Minderjährigen) Geburtsdatum

bei dem Ausflug/der Veranstaltung/dem Projekt

_____

Name des Ausflugs etc. Datum

teilnehmen darf.

_____

Ort, Datum und Unterschrift

_____

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten

_____

Adresse

_____

Telefon

Mein Kind benötigt eine Medikation oder eine medizinische Betreuung

JA, welche?_____

NEIN

Ich bin mit der Veröffentlichung von Fotos meines Kindes einverstanden.

Ja Nein Bitte ankreuzen!

**Center Pöppinghausen - Pöppinghauserstr. 156 - 44579 Castrop-Rauxel - 02305-84081**