



EINVERSTÄNDNIS - ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind/mein Mündel

.....
(Vor- und Nachname des Kindes)

.....
(Geburtsdatum des Kindes)

bei Frau Dipl.-Psych. Florence Salla-Fahl, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, behandelt werden darf.

.....
(Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte Mutter/Vormund)

.....
(Datum, Unterschrift Sorgeberechtigter Vater/Vormund)

Sorgeberechtigte Mutter / Vormund: Name der Unterzeichnenden (Vorname, Name):

.....
Anschrift der Unterzeichnenden (Straße, PLZ, Ort):

.....
.....

Telefonnummer der Unterzeichnenden:

Sorgeberechtigter Vater / Vormund: Name des Unterzeichnenden (Vorname, Name):

.....
Anschrift des Unterzeichnenden (Straße, PLZ, Ort):

.....
.....

Telefonnummer des Unterzeichnenden: