

Bemerkungen z.B. Allergien:

Ich erkläre mich einverstanden, dass Name/Adresse und Telefonnummer in die Adressen/Telefonliste aufgenommen und weitergegeben werden dürfen JA NEIN

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------

Einverständniserklärung(en)

Ich/Wir _____ bin/sind damit einverstanden, dass

1. meine notwendigen Daten (Name + Geburtsjahr des Kindes) zur Abgleichung von Doppelanmeldungen an den zuständigen Fachdienst des Kreises oder andere Tageseinrichtungen für Kinder weitergegeben werden:
 JA NEIN
(Zutreffendes bitte ankreuzen)
2. der Zahnarzt des Fachdienstes Gesundheit des Kreises, die jährliche Untersuchungen durchführen darf: JA NEIN
(Zutreffendes bitte ankreuzen)
3. das pädagogische Fachpersonal im Falle von auftretenden Läusen in der Kita, mein/unser Kind in Form einer Kopfuntersuchung auf etwaigen Läusebefall kontrollieren darf:
 JA NEIN
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r