Bemerkungen 7 R Allargian.		
Sur ab. Alicigion:		
ich erkläre mich einverstanden, dass Name/Adresse und Telefonnummer in die Adressen/Telefonliste aufgenommer und weitergageben werde die der	efonliste aufgenommen un	
Ort		werter Begeben werden durten JA NEIN
Datum	Unterschrift	
Einverständniserklärung(en)		
ch/Wirbin/sind damit einverstanden, dass	nden, 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: [] NEIN [] NE	r Abgleichung von Do der weitergegeben w	oppelanmeldungen an den zuständigen verden:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)		
 der Zahnarzt des Fachdienstes Gesundheit des Kreises, die j\u00e4hrliche Untersuchungen durchf\u00fchren darf: JA \u00e4\u00denterminister \u00darf: NEIN 	jährliche Untersuch	ungen durchführen
 3. das pådagogische Fachpersonal im Falle von auftretenden Läusen in der Kita, mein/unser Kind in Form einer Kopfuntersuchung auf etwaigen Läusebefall kontrollieren darf: I JA (Zutreffendes bitte ankreuzen) 	sen in der Kita, mein	unser Kind in Form einer Kopfuntersuchung
	•	

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r