



Einverständniserklärung

Name des Kindes: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit erlaube ich meinem Sohn / meiner Tochter an der Aktion _____
am _____ zusammen mit den MitarbeiterInnen des Jugendzentrums Verden teilzunehmen.

Mein Sohn / meine Tochter hat folgende Allergien und / oder Erkrankungen:

Mein Sohn / meine Tochter muss folgende Medikamente einnehmen:

Im Notfall bin ich unter folgender Telefonnummer zu erreichen: _____

Datum

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten