

Einverständniserklärung

Betreutes Kind:

Name:	Geburtsdatum:
Wohnadresse:	Schule/Klasse:

Auftraggeber:

Mutter:

Name:	Geburtsdatum:
Wohnadresse:	Telefonnr. und Mailadresse

Vater:

Name:	Geburtsdatum:
Wohnadresse:	Telefonnr. und Mailadresse:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind im Rahmen des Projektes fit4SCHOOL an der psychotherapeutischen Beratung teilnimmt.

Falls es zu Schulausflügen, Krankheit des Kindes oder anderen Ausfällen kommt, informiere ich den/die Psychotherapeut:in rechtzeitig.

Wien, am

Unterschrift

Unterschrift