



E I N V E R S T Ä N D N I S - E R K L Ä R U N G

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: