An den

Kreis Ostholstein

Fachdienst Gesundheit

Holstenstraße 52

23701 Eutin

**Erklärung**

Ich/Wir als Sorge-/Erziehungsberechtigte/r bin/sind damit einverstanden, dass

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ auch ohne

meine/unsere Anwesenheit an der Belehrung teilnimmt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift

Hinweis des Fachdienstes Gesundheit:

Diese Erklärung ist nur erforderlich für Personen unter 16 Jahren!