

Kindergarten Vorsorgeprogramm der Marktgemeinde Völs

Name des Kindes:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Ich _____

Name des Erziehungsberechtigten

bin mit folgender Untersuchung meines Kindes einverstanden

ERGOTHERAPEUTISCHER ERSTBEGUTACHTUNG

JA

NEIN

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen werden kann.

Völs, am _____ Unterschrift _____