



Teilnahme an der Psychomotorikgruppe

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass _____(Name)

an der Psychomotorikgruppe der Sonderpädagogischen Beratungsstelle teilnimmt.

Ort und Termin werden Ihnen rechtzeitig mitgeteilt.

Bei Verletzungen greift die Krankenversicherung Ihres Kindes. Es besteht keine gesetzliche Unfallversicherung während der Fördereinheit.

Bitte geben Sie uns für evt. Notfälle eine Telefonnummer an, unter welcher Sie sicher zu erreichen sind.

Notfallnummer: _____

Terminwunsch:

- O Müllheim, Dienstag 7.45-8.30 Uhr
- O Neuenburg, Freitag 8.00-8.45 Uhr

Ort, Datum

Unterschrift

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass Fotos gemacht und veröffentlicht werden dürfen (z.B. auf der Homepage), namentlich werden die Kinder nicht genannt.

Name des Kindes: _____

Datum, Unterschrift _____