Erklärung des sorgeberechtigten Elternteils

Hiermit erkläre ich:

Mein Name:
Mein Vorname:
Straße:
Hausnummer:
PLZ:
Ort:
Telefonnummer:

mich mit der Aufnahme der ambulanten Behandlung meines Kindes:

Name des Kindes:
Vorname des Kindes:
Geburtsdatum des Kindes:

in der Psychotherapeutischen Praxis für Kinder und Jugendliche,

Petra Ritter, Lindenstraße 7 in 96484 Meeder – OT Wiesenfeld

Telefon: 09566 / 8086180

einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des sorgeberechtigten Elternteils