



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG / CONSENT FORM

Betreutes Kind / Child

Name	Geburtsdatum / Date of birth
Wohnadresse / Address	Europagymnasium Auhof Klasse / Grade:

Mutter / Mother

Name	Geburtsdatum / Date of birth
Wohnadresse / Address	E-Mail, Telefonnummer / Email, phone number

Vater / Father

Name	Geburtsdatum / Date of birth
Wohnadresse / Address	E-Mail, Telefonnummer / Email, phone number

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind im Rahmen des Projektes fit4SCHOOL an der psychotherapeutischen Beratung teilnimmt. / I hereby agree to my child participating in psychotherapeutic counselling as part of the project fit4SCHOOL.

Falls es zu Schulausflügen, Krankheit des Kindes oder anderen Ausfällen kommt, informiere ich die Psychotherapeut:in rechtzeitig. / In case of field trips, sickness of the child or any other reason for cancellation of an appointment, the psychotherapist will be informed in due time.

Ort, Zeit / place, date

Unterschrift Mutter / signature mother

Unterschrift Vater / signature father