Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentren Förderschwerpunkt Sehen und Hören mit Internat, Heiligenbronn



Hiermit erkläre ich, dass		St. Tranziski heiligenbronn	
Name Kind		am	
Name Kind			
Montag, den		Unterschrift	
Dienstag, den			
Mittwoch, den		Unterschrift	
wiittwocii, ueii		Unterschrift	
Donnerstag, den		Unterschrift	
Freitag, den		Unto we shaift	
		Unterschrift	

<u>keine</u> Symptome eines Atemwegsinfekts und/oder erhöhte Temperatur (größer 37,8°C) hat.

Bestätigung der Richtigkeit der Angaben Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Angaben.		
Ich bin damit einverstanden, dass die von mir/uns gemachten Angaben zum Zweck der Unterbringung meines Kindes gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Die Daten werden nach Beendigung der Corona Maßnahmen gelöscht. Auf Ihren ausdrücklichen Wunsch werden die Daten jederzeit gelöscht.		
Ort, Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte/r	

Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentren

Ort, Datum



Förderschwerpunkt Sehen und Hören mit I Hiermit erkläre ich, dass	Internat, Heiligenbronn stiftung st. franziskus heiligenbronn
Name Kind	am
Montag, den	 Unterschrift
Dienstag, den	 Unterschrift
Mittwoch, den	 Unterschrift
Donnerstag, den	 Unterschrift
Freitag, den	Unterschrift
<u>keine</u> Symptome eines Atemv Temperatur (größer 37,8°C) h	vegsinfekts und/oder erhöhte nat.
Bestätigung der Richtigkeit der Angaben Mit meiner Unterschrift bestätige ich die	Richtigkeit der oben genannten Angaben.
Unterbringung meines Kindes gespeiche	on mir/uns gemachten Angaben zum Zweck der ert und verarbeitet werden dürfen. Die Daten aßnahmen gelöscht. Auf Ihren ausdrücklichen escht.

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r