



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG



Ich erkläre mich hiermit einverstanden,
dass meinem Kind _____

(Name des Kindes)

vor Ort der Bienenstachel entfernt werden darf.

Ja

Nein

Meine Telefonnummer beim Notfall lautet:



Datum und Unterschrift der Eltern oder eines
Erziehungsberechtigten