



Erlaubnis zur Kontaktaufnahme

Hiermit bitten wir die Interdisziplinäre Frühförderung Kontakt mit uns aufzunehmen.

DATEN:

Name, Vorname Kind: _____

Geschlecht: _____

Geburtsdatum, -ort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Name der Eltern: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Kindergarten: _____

Kinderarzt: _____

Krankenkasse: _____

Vorstellungsgrund: _____

Diese Leistungen sind für Sie unverbindlich und kostenlos und werden i.d.R. vom Bezirk und der Krankenkasse übernommen.

☐ Mit dieser Unterschrift wird das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift(en) der Eltern bzw.
der Sorgeberechtigten