



Einverständniserklärung

Hiermit erklären wir uns damit einverstanden, daß unser Sohn/unsere Tochter

_____ (Name) an einer

AFF-Ausbildung des FSZ Kassel e.V. teilnehmen darf.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift der Mutter

Unterschrift des Vaters

Dieser Einverständniserklärung muss zur Erlangung ihrer Wirksamkeit eine Kopie des Personalausweises beigelegt werden.