

Interesse am Gruppenangebot „MENTALE GESUNDHEIT“

Meine möglichen Zeitfenster für den Kurs, der 5 x im Abstand von 14 Tagen jeweils am Samstag stattfindet:

10:00 – 11:40 Uhr

13:00 – 14:40 Uhr

Einverständniserklärung (für 14- bis 17-Jährige)

Hiermit erkläre ich mich als Erziehungsberechtigte/r des minderjährigen Kindes

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

mit der Anmeldung zum o.g. Gruppenangebot für meine Tochter/ meinen Sohn in der *Praxis Wanke für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* bei Frau Dipl. Reha.-Päd. Anna Wanke einverstanden.

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift der Mutter oder anderer
Sorgeberechtigter

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift des Vaters oder anderer
Sorgeberechtigter

_____, den _____

Interesse am Gruppenangebot
„MENTALE GESUNDHEIT“

Meine möglichen Zeitfenster für den Kurs, der 5 x im Abstand von 14 Tagen jeweils am Samstag stattfindet:

10:00 – 11:40 Uhr

13:00 – 14:40 Uhr

Einverständniserklärung (für 18- bis 20-Jährige)

Hiermit erkläre ich

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

mich mit der Anmeldung zum o.g. Gruppenangebot in der *Praxis Wanke für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* bei Frau Dipl. Reha.-Päd. Anna Wanke einverstanden.

_____, den

Ort

Datum

Unterschrift des/der volljährigen,
einsichtsfähigen Patienten/Patientin