Mannheim, den *(aktualisierbares Datum einfügen)*

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass *meine Tochter/mein Sohn* *Vorname Name,* geboren am *Geburtsdatum* an der zahnärztlichen Untersuchung zur Feststellung *ihrer / seiner* Mund- und Zahngesundheit im KiGaam *15.07.* teilnehmen darf. Über das Untersuchungsergebnis möchte ich gerne unterrichtet werden.

Mit einer prophylaktischen Gabe von Fluoridtabletten durch das Kindergartenpersonal bin ich – soweit dies zahnärztlich empfohlen wird – einverstanden/ nicht einverstanden

(Nicht Zutreffendes bitte streichen)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigte