STADT STEINHEIM an der Murr

Einverständniserklärung

zur Untersuchung der Kopfhaut bei Läusebefall

Hiermit erteilen ich / wir das Einverständnis, dass mein / unser Kind

_____

Name, Vorname des Kindes

in der Kindertageseinrichtung vom Personal der Einrichtung auf Läusebefall untersucht wird, wenn dies in der Einrichtung festgestellt wurde.

Ja ☐ **Nein** ☐

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Personenberechtigte(r)*

_____

Unterschrift Personenberechtigte(r)*

*Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, gleichgültig ob diese verheiratet, getrenntlebend oder unverheiratet sind. Die Einrichtung wird angewiesen, darauf zu achten.

Datenschutz-Pflichtinformation gem. Art. 12 ff DSGVO bzw. §1 6 ff. DSG-EKD zur Verarbeitung personenbezogener Daten entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung.