



## Aktionstag: „Gesundheit *bewegt* Schulen“

Bitte geben Sie Ihrem Kind bei Einverständnis dieses Schreiben am 18.05.2016 unterschrieben mit.

### **Einverständniserklärung:**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind

\_\_\_\_\_ (Vor- und Nachname des Kindes)

\_\_\_\_\_ (Schule)

auf dem „7. Aktionstag: **Gesundheit bewegt Schulen**“ am 18.05.2016 an einer durch qualifizierte, medizinische Fachkräfte durchgeführten Blutzuckermessung teilnehmen darf.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

