

Einverständnis-Erklärung der Eltern

Mein Kind

Vor·name und Nach·name

soll an der

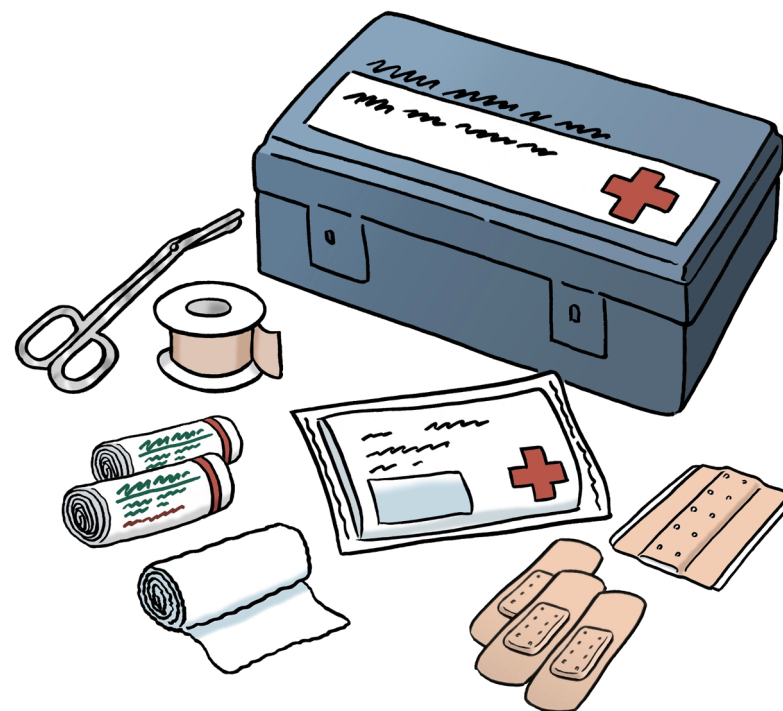
im Schuljahr

Dienst als Schul-Sanitäter:in machen.

keinen Dienst als Schul-Sanitäter:in machen.

Datum

Unterschrift Eltern



Schul-Sanitäts·dienst der

Bild mit Erste-Hilfe-Kasten:

© Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Bremen e.V.,
Illustrator Stefan Albers, Atelier Fleetinsel, 2013

Sehr geehrte Eltern,

Ihr Kind ist im Schul-Sanitäts·dienst
der

Als Schul·sanitäter:in hat Ihr Kind Dienst.

Und zwar einmal in der Woche.

Oder zweimal in der Woche.

Der Dienst ist in den Hof·pausen.

Ihr Kind bekommt Hilfe im Dienst.

Und zwar von

-
-

Als Schul-Sanitäter:in ist Ihr Kind versichert.

Ihr Kind macht vielleicht einen Fehler.

Dann bekommt Ihr Kind **keine** Probleme.

Bitte sagen Sie uns noch:

- **Ja.** Mein Kind soll als Schul-Sanitäter:in
Dienst machen.

Oder:

- **Nein.** Mein Kind soll **keinen** Dienst
als Schul-Sanitäter:in machen.

Die Schul·leitung, die Lehrer:innen und ich sagen:

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Vielleicht haben Sie noch Fragen

zum Schul-Sanitäts·dienst?

Dann können Sie mich fragen.

Freundliche Grüße

Die Einverständnis-Erklärung ist auf der Rück·seite →