

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich als sorgeberechtigte Mutter einverstanden, dass mein Kind

die Städt. Realschule Erftstadt-Lechenich, Dr.-Josef-Fieger-Str. 7, 50374 Erftstadt besuchen darf.

Meine Kontaktdaten lauten:

Nachname, Vorname:

wohnhaft

Strasse:

Ort:

Telefonische Erreichbarkeit:

Mail:

Datum:

Unterschrift:
