

## Abholerklärung KJP

Hiermit erkläre ich, dass mein Kind, \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_  
(Vor- und Nachnamen bitte einfügen)

*(zutreffendes bitte ankreuzen)*

- nach der Therapiestunde die Räumlichkeiten der Gemeinschaft Praxis Coach & Couch selbstständig verlassen darf.
- nicht alleine die Gemeinschaft Praxis Coach & Couch verlassen darf. Ich hole mein Kind als Sorgeberechtigte/r nach jeder Therapiestunde zuverlässig und pünktlich in den Räumlichkeiten der Gemeinschaft Praxis Coach & Couch ab.
- von Herrn/Frau \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_,  
(Vor- und Nachnamen bitte einfügen)  
Verwandschafts-/Bekanntheitsverhältnis \_\_\_\_\_ abgeholt wird.  
(z.B. Großmutter/-vater, Onkel/Tante etc.)  
Zur Abholung wird ein gültiger Lichtbildausweis vorgezeigt.

Dies geschieht mit meiner ausdrücklichen Einwilligung und gilt bis zu meinem Widerruf.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 1. Sorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Therapeut:in  
zum/zur Kinder- und Jugendtherapeut:in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 2. Sorgeberechtigte/r