

Release Stuttgart e.V.
Villastraße 11
70190 Stuttgart

Einverständniserklärung für NADA - Ohrakupunktur

Hiermit erkläre ich, (Vor- und Nachname),
geboren am (Geburtsdatum), mich einverstanden, dass
mein Sohn/meine Tochter (Vor- und Nachname),
geboren am (Geburtsdatum),
bei Release Stuttgart e.V. die NADA-Ohrakupunktur erhalten darf.

Ich habe den Aufklärungsbogen zur Akupunkturpraxis gelesen, unterschrieben und
beigefügt.

.....
Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte