



**Bitte diesen Abschnitt
vollständig ausgefüllt an die Schule zurück!**

DANKE!

Schule/ Klasse		
Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum

Ja Wir sind/ Ich bin damit einverstanden, dass unser/mein Kind während seiner Schulzeit an der Fluoridierung teilnimmt. Diese Erklärung kann von uns/ mir jederzeit widerrufen werden.

Nein Unser/ mein Kind soll an der Fluoridierung nicht teilnehmen.

Ort	Datum	Unterschrift/ -en der/ des Sorgeberechtigten
-----	-------	---