

KINDER-MALWETTBEWERB

EINVERSTÄNDINERKLÄRUNG DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

NAME, VORNAME DES KINDES

GEBURTSDATUM DES KINDES

NAME DES / DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

ADRESSE

MAIL ADRESSE

TELEFON

Mit meiner Unterschrift erlaube ich meinem Kind, an dem Malwettbewerb der Kochertal-Apotheke Dr. Marion Schramm e.K. teilzunehmen. Ich bin damit einverstanden, dass das Bild meines Kindes auf unserer Website, unserem Online-Shop und in Print Medien (Plakate, Flyer, etc.) veröffentlicht werden kann.

Der komplette Name meines Kindes darf genannt werden

Nur der Vorname meines Kindes darf genannt werden

Der Name meines Kindes soll nicht genannt werden

UNTERSCHRIFT DES / DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN, DATUM, ORT