

Einverständniserklärung

Wir, das Testteam des ASB weisen Sie darauf hin, dass unser Verbandsarzt empfiehlt, Kinder unter 6 Jahren nicht testen zu lassen.

Dies ist eine Empfehlung und kein MUSS, die Verantwortung für Ihr Kind und somit die Entscheidung zum Testen liegt einzig bei Ihnen.

Daher bitten wir Sie um nachfolgende Bestätigung durch Ihr Handzeichen:

Ich, rechtliches Elternteil

Name: _____

Vorname: _____
(durch amtliches Dokument ausgewiesen)

meines Kindes

Name: _____

Vorname: _____

stelle hiermit den ASB von etwaigen Schadenersatzansprüchen, die trotz äußerster Sorgfalt theoretisch z. B. durch Eigenbewegungen des Kindes o.ä. beim Testen, nicht ganz ausgeschlossen werden können, frei.

Ort / Datum / Unterschrift des Elternteils