**Einverständniserklärung für den Hör- und Sehtest**

Name des Kindes

Darf das Kind am kostenlosen Sehtest teilnehmen?

*O Ja O Nein*

Darf das Kind am kostenlosen Hörtest teilnehmen?

# O Ja O Nein

*Wir möchten Sie darüber informieren, dass die bei der Testung erhobenen Daten 10 Jahre lang aufgehoben und die Ergebnisse statistisch ausgewertet werden.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Erziehungsberechtigten