

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich als gesetzliche/-r Vertreter/-in von

Name, Vorname der minderjährigen Person

mit der Anmeldung zu nachfolgendem Ausbildungsgang
an der Ludwig Schlaich Akademie einverstanden:

- zum Berufskolleg für Praktikantinnen und Praktikanten
- zur Fachschule für Sozialpädagogik

Name, Vorname der gesetzlichen Vertreterin/des Vertreters

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Datum, Unterschrift gesetzliche/-r Vertreter/-in

Ludwig Schlaich Akademie GmbH
Fachschule für Sozialpädagogik/Berufskolleg für Praktikant*innen
Devizesstraße 9
71332 Waiblingen