

NÖ Landeskindergarten \_\_\_\_\_

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG**  
**BETREUUNG DURCH AMBULANTE SONDERKINDERGARTENPÄDAGOGIN**

Name des Kindes \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Ich \_\_\_\_\_ wurde über das  
Name der Eltern (Erziehungsberechtigten)

Angebot der Betreuung meines Kindes im Kindergarten durch die ambulante Sonderkindergartenpädagogin / den ambulanten Sonderkindergartenpädagogen informiert und bin mit einer Betreuung meines Kindes in der mit mir vereinbarten Form durch die Sonderkindergartenpädagogin / den Sonderkindergartenpädagogen einverstanden.

JA

NEIN

Meine Zustimmung gilt bis zum Ende des laufenden Kindergartenjahres und kann jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten)