

Einverständniserklärung Erziehungsberechtigter
im Rahmen eines Praktikums



KLINIKEN DES
LANDKREISES

Neustadt a. d. Aisch – Bad Windsheim

Hiermit erkläre ich als Erziehungsberechtigte*r von

Name, Vorname des Kindes:

Geboren am:

mein Einverständnis zu einem Berufsorientierenden Praktikum meines Kindes in der Röntgen-
abteilung der Kliniken des Landkreises Neustadt an der Aisch – Bad Windsheim.

Mit dem Wissen der Beachtung aller Vorsichtsmaßnahmen, die nach der rechtsgültigen Strah-
lenschutzverordnung durch die Mitarbeiter*innen der Abteilung ergriffen werden, bin ich mir
über den Einsatz meines Kindes bewusst und einverstanden.

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten
