



An die  
DCCV e.V.  
Paracelsusstr. 15  
51375 Leverkusen

per Fax: 0214/ 87608-88

## Einverständniserklärung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

- Ja, ich möchte in den **Verteiler für KEI** aufgenommen werden und über die Angebote der DCCV für betroffene Familien informiert werden.
- Ich möchte in den Verteiler für **Youngster/Junge Erwachsene** aufgenommen werden und über die Angebote der DCCV für betroffene Jugendliche informiert werden.
- Ich möchte in den Verteiler für **Hochschule** aufgenommen werden und über die Angebote der DCCV informiert werden.
- Nein**, ich möchte **nicht** in den Verteiler aufgenommen werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine o.a. Adressdaten weitergegeben werden dürfen:

- an Mitbetroffene
- an Selbsthilfegruppen
- an Ärzte und Kliniken (z. B. für Studienbeteiligungen)
- Nein, meine Daten dürfen nicht weitergegeben werden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_