



**Beim ersten Besuch bitte ausgefüllt und unterschrieben mitbringen (Geschwisterkinder bitte einzeln eintragen)**

Mein Kind (Vor-/Nachname, Geburtsdatum) \_\_\_\_\_  
hat die oben genannten Regeln zur Kenntnis genommen und wurde darauf hingewiesen, den Weisungen des Teams Folge zu leisten. Bei Verstößen kann es von der Nutzung des Muspilli ausgeschlossen werden.

Mein Kind (Vor-/Nachname, Geburtsdatum) \_\_\_\_\_  
hat die oben genannten Regeln zur Kenntnis genommen und wurde darauf hingewiesen, den Weisungen des Teams Folge zu leisten. Bei Verstößen kann es von der Nutzung des Muspilli ausgeschlossen werden.

Mein Kind (Vor-/Nachname, Geburtsdatum) \_\_\_\_\_  
hat die oben genannten Regeln zur Kenntnis genommen und wurde darauf hingewiesen, den Weisungen des Teams Folge zu leisten. Bei Verstößen kann es von der Nutzung des Muspilli ausgeschlossen werden.

Ich bestätige, dass mein Kind vor einem Besuch des Muspilli keine Krankheitssymptome aufzeigt.

Ich bin mit der **Erfassung der notwendigen Daten** (Name, Adresse, Telefon, E-Mail, Besuchszeiten) und bei Verlangen deren Aushändigung an das bayerische Gesundheitsamt einverstanden.

Während der Besuchszeit bin ich unter folgender Nummer erreichbar \_\_\_\_\_

Meine Email lautet: \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift eines Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_