



**Einverständniserklärung der Personenfürsorgeberechtigten**  
**- nur bei Minderjährigkeit notwendig -**

Fürsorgeberechtigte*r	
Geschlecht/Anrede:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Vorname:	
weitere Vornamen:	
Nachname:	
Geburtsdatum:	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	
E-Mail-Adresse:	
Handynummer:	
Verhältnis zur minderjährigen Person	

**Erklärung der\*des Personenfürsorgeberechtigten**

Ich bin damit einverstanden, dass die zuvor genannte minderjährige Person diese Anfrage stellt und ein Praktikum/eine Hospitation beim SKL absolvieren kann. Mir ist bekannt, dass das Praktikum dem gegenseitigen Kennenlernen dient und hierdurch keine automatische Übernahme, Aufnahme oder sonstige verbindliche weitere Mitwirkung entsteht.

Die zuvor genannte minderjährige Person ist

gemäß Gesetz berechtigt bis 24:00 Uhr in der Öffentlichkeit unterwegs zu sein.

oder

dazu berechtigt bis \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ Uhr in der Öffentlichkeit unterwegs zu sein.

Der Rückweg von Diensten soll bis zur obigen Uhrzeit

nach Möglichkeit beendet sein.

oder

angetreten werden.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Fürsorgeberechtigte\*r