

# EINWILLIGUNG

Ja, hiermit gestatte ich die Untersuchung meines Kindes hinsichtlich eventueller Fußfehlstellungen oder Gangstörungen.



---

Name, Vorname des Kindes

---

Straße, PLZ und Ort

---

Telefon

---

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter



**STARKE SCHUHE**  
ORTHOPÄDIESCHUHECHNIK

**IM INTERNET:**

 [www.starke-schuhe.de](http://www.starke-schuhe.de)

 [info@starke-schuhe.de](mailto:info@starke-schuhe.de)