



# Schule mit Biss - gemeinsam gegen Karies

## Datenblatt zur Beitrittserklärung Präventionsprogramm *Schule mit Biss*

Name Einrichtung \_\_\_\_\_

Name Schulleitung \_\_\_\_\_

Name OGS-Leitung \_\_\_\_\_

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

Telefon Schule \_\_\_\_\_

E-Mail Schule \_\_\_\_\_

Telefon OGS \_\_\_\_\_

E-Mail OGS \_\_\_\_\_

### *Wir sind ...*

- damit einverstanden**, dass unsere Daten zum Zweck der Zusammenarbeit im Rahmen des Präventionsprogramms *Schule mit Biss* gespeichert werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Gleichzeitig sind wir damit einverstanden, dass unsere Einrichtung als *Schule mit Biss* auf der Homepage des Arbeitskreises Zahngesundheit genannt wird. Diese Genehmigungen können jederzeit widerrufen werden.
- nicht damit einverstanden**, dass unsere Daten gespeichert werden. Gleichzeitig verzichten wir auf eine Nennung unserer Einrichtung als *Schule mit Biss* auf der Homepage des Arbeitskreises Zahngesundheit.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **Arbeitskreis Zahngesundheit Westfalen-Lippe in den Kreisen Siegen-Wittgenstein und Olpe**

Spandauer Straße 40, 57072 Siegen  
Tel.: 0271/33 88 87-0

Westfälische Straße 75, 57462 Olpe  
Tel.: 0271/33 88 87-20



**Arbeitskreis Zahngesundheit in den Kreisen Siegen-Wittgenstein und Olpe**

www.zahngesundheit-si.de | www.schule-mit-biss.de