



An  
Leben mit Autismus e.V.  
Odinstraße. 17  
53913 Swisttal

---

Name des Klienten

Hiermit erkläre ich, die Kostenpauschale in Höhe von 65,- Euro für das bevorstehende Erstgespräch anzuerkennen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

**Bestätigung bitte umgehend unterschrieben an die Verwaltung zurücksenden!**

Nach Durchführung des Erstgesprächs wird Ihnen die Rechnung durch die Verwaltung zugestellt.