

V O L L M A C H T

Ich

Vorname/Name, Adresse

Geboren am

von

Geburtsdatum

Heimatort

erkläre mich einverstanden damit, dass die Fachstelle PACH, Pflege- und
Adoptivkinder Schweiz, Pfingstweidstrasse 16, 8005 Zürich

Erkundigungen über den Verbleib _____ einholt.
meiner Halbschwester

Ich weiss, dass es mit _____ nur dann zu einem
meiner Halbschwester

Kontakt kommen kann, wenn sie dies auch wünscht.

Ort/Datum:

Unterschrift:

Beilage: Kopie der ID