

Gebühr: \_\_\_\_\_ EUR  
1 biometrisches Passbild

Augenfarbe: \_\_\_\_\_  
Größe: \_\_\_\_\_ cm

## Einverständniserklärung

Hiermit bin ich damit einverstanden, dass für mein Kind

---

Name, Vorname, Geburtsdatum

---

Anschrift

ein  Bundespersonalausweis (erforderlich bis einschließlich 15 Jahren)  
 Reisepass (erforderlich bis einschließlich 17 Jahren)

ausgestellt wird.

Vater:

Mutter:

---

Name, Vorname

---

Name, Vorname

---

Anschrift

---

Anschrift

---

Unterschrift

---

Unterschrift