



Teilnahmeerklärung und Vollmachtserklärung für den Schüleraustausch nach Åland vom 28.2.-6.3. und 6.-13.5.2025

Teilnehmende(r) Schüler(in) _____

1. Im Notfall zu benachrichtigen:

Name: _____

Telefon: privat _____

ggf. dienstlich _____

2. KRANKENKASSE

genaue Bezeichnung: _____

Versicherungsnummer / Mitglied: _____

3. MEDIKAMENTENEINNAHME / GESUNDHEITLICHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Meine Tochter/mein Sohn benötigt dauerhaft Medikamente ja nein

wenn ja, folgende _____

Meine Tochter/mein Sohn leidet an: _____

Im Ernstfall ist Folgendes zu unternehmen: (ggf weitere Informationen auf der Rückseite vermerken)

4. ALKOHOL- UND ZIGARETTENVERBOT

Ich nehme zur Kenntnis, dass Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum während des Austauschs untersagt sind.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn am Åland-Austausch teilnimmt.

Ich beauftrage Frau Christ und Herrn Hänke, alle im Zusammenhang mit der Schulfahrt notwendigen Verträge abzuschließen.

Ich bin darüber informiert, dass meine Tochter/mein Sohn aus gesundheitlichen Gründen oder bei schwerwiegendem Fehlverhalten bzw. Regelverstößen, die einen geordneten Ablauf der Schulfahrt gefährden, vorzeitig von dieser ausgeschlossen werden kann. In diesem Fall werde ich mich an der vorzeitigen Rückführung meines Kindes beteiligen und ggf. entstehende Mehrkosten tragen.

Zu den Verstößen zählen u.a. der Verstoß gegen das Alkohol- und Zigarettenverbot, der Konsum von Drogen, die Missachtung der Anweisungen der Lehrkräfte oder die Verletzung der Hausordnung.

_____, den _____

(Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

Die ausgefüllte Erklärung bitte bis spätestens 22.11.2024 bei Frau Christ abgeben.