

Einverständniserklärung Schulveranstaltung

Parental consent form for school trips and hazardous day trips

Ausflug _____ **von** _____ **bis** _____ **Uhr Datum** _____
 (bitte Veranstaltung eintragen)

Telefonnummern und wichtige Informationen für medizinische und andere Notfälle

Contact numbers and other significant information in case of illness or emergency

Name, Vorname Schüler/in: _____
Pupil's surname, first name

Klasse: _____
Class

Geburtsdatum: _____
Date of birth

Name der 1. Kontaktperson/Eltern : _____
1st contact person/parent

Telefon privat: _____
Telephone home

Telefon dienstlich: _____
Telephone business

Name der 2. Kontaktperson/Eltern: _____
2nd contact person/parent

Telefon privat: _____
Telephone: home

Telefon dienstlich: _____
Telephone: business

Name des Hausarztes: _____
GP's name

Adresse des Hausarztes: _____
GP's address

Telefon des Hausarztes: _____
GP's telephone number

Leidet der/die Schüler/in an folgenden Krankheiten:
Does the pupil suffer from any of the following conditions? Tick

Asthma Asthma	JA () Yes ()	NEIN () No ()	Diabetes Diabetes	JA ()	NEIN ()
Epilepsie Epilepsy	JA ()	NEIN ()	Andere others		
Allergien Allergies			Epipen	JA ()	NEIN ()
Penizillin Penicillin	JA ()	NEIN ()	Erdnüsse o.a. Peanuts or others	JA ()	NEIN ()
Milchprodukte Dairy products	JA ()	NEIN ()	Insektenstiche Insect stings		

Andere Allergien (bitte auflisten): _____
Other allergies (please specify)

Andere wichtige Informationen: _____
Other significant information

Ich bin einverstanden, dass mein Kind an der Schulfahrt teilnimmt.

I allow my child to take part in the school trip.

Ich bin einverstanden, dass ein Foto meines Kindes bei Veröffentlichungen in der Presse oder auf der Schulwebsite verwendet wird.

I agree to allow a photo of my child to be used in press publications or on the school website.

Unterschrift _____
 Eltern/Erziehungsberechtigte: _____
Parents/Guardians signature:

Datum: _____
Date: