

ACHTUNG! Bitte nur das Formular auf Englisch ausfüllen und einreichen.



**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER ELTERN UND MEDIZINISCHE
INFORMATIONEN FÜR SCHUL AUSFLÜGE UND –FAHRTEN DER GISNY**

Fahrt oder Aktivität: _____

Im Anhang finden Sie einen Ablauf, der alle Orte auflistet, die besucht werden, einen Plan der Aktivitäten und die Daten und Abfahrts- und Ankunftszeiten und –orte.

Name des Schüers/der Schülerin _____ **Klasse:** _____

Datum der Fahrt: _____

Name(n) des Lehrers / der Lehrerin: _____

Transportmittel

___ öffentliche Verkehrsmittel ___ Bus/gemietetes Fahrzeug ___ *Privatfahrzeug

*Wenn Privatfahrzeuge für den Transport von Schülerinnen und Schülern verwendet werden, tritt im Falle eines Unfalls immer zuerst der Versicherungsschutz des Fahrzeughalters in Kraft.

Wenn die Klassenfahrt ein Ziel außerhalb der USA hat, ist ein notariell beglaubigter Erlaubnisschein notwendig.

Ausnahmen und Anweisungen:

Wir (Ich) verstehe(n), dass Folgendes von den Schülern erwartet wird:

- Den Anweisungen der Lehrer / Begleitpersonen zu folgen.
- Die Gruppe nicht zu verlassen, ohne die nötige Erlaubnis eines Lehrers / einer Begleitperson.
- Alle Schul- und Verhaltensregeln einzuhalten.

Falls eine der oben genannten Vereinbarungen verletzt wird, ist mir/uns bewusst, dass Vertreter der Schule sich das Recht vorbehalten, den Schüler / die Schülerin von der Fahrt auszuschließen und dass mit schuldisziplinarischen Folgen zu rechnen ist.

Name des Schülers/der Schülerin _____



Krankenversicherungsinformation

Der Schüler / die Schülerin ist folgendermaßen versichert:

Name der Versicherung _____

Versicherungsnummer _____

Kontaktinformation für den Notfall

Name des / der Erziehungsberechtigten: _____

Telefon Privat _____ Mobilnummer _____

Email _____

Kontaktperson im Notfall _____

Notfall Telefonnummer _____

Ermächtigung für den medizinischen Notfall

Wir / Ich erteile(n) dem Lehrer / der Begleitperson _____ die Erlaubnis, meinen Sohn / meine Tochter, auf dieser Klassenfahrt, falls notwendig zur Behandlung in die Notaufnahme eines Krankenhauses zu bringen.

Verabreichung von Medikamenten

___ Der Schüler / Die Schülerin nimmt keine Medikamente und / oder benötigt keine medizinische Betreuung während der Klassenfahrt.

___ Der Schüler / Die Schülerin benötigt Medikamente während dieser Klassenfahrt. Bitte füllen Sie das angehängte Formular aus und geben Sie es bei der Schulkrankenschwester ab.

Name des Schülers/der Schülerin _____



Wir haben den obigen Vertrag gelesen und mit unserem Sohn / unserer Tochter besprochen. Wir erklären uns damit einverstanden, für die Kosten und Organisation der Heimreise aufzukommen, falls unser Sohn / unsere Tochter aufgrund von Krankheit oder disziplinarischen Gründen vorzeitig nach Hause geschickt werden muss. Wir sind uns dessen bewusst, dass ein Verletzen des Vertrags seitens des Schülers / der Schülerin zu disziplinarischen Maßnahmen im Rahmen der Schulregelungen führt. Wir erklären uns mit den Erlaubnisscheinen der German International School New York für diese Fahrt einverstanden. Wir sind uns darüber im Klaren, dass wir die volle oder teilweise finanzielle Verantwortung für die Ausgaben unseres Sohnes / unserer Tochter übernehmen. Es gibt keine Garantie für eine volle oder teilweise Rückerstattung, falls mein Sohn / meine Tochter von der Fahrt zurücktritt oder falls die Fahrt gestrichen werden muss, nachdem bereits Gelder gezahlt wurden.

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Datum _____