

Einverständniserklärung Schulveranstaltung

Parental consent form for school trips and hazardous day trips

DofE BRONZE Practice AND Qualifying Expeditions, Surrey Hills, May 15-16 & June 5-6 2020 (Friday-Saturday).
Transportation by Bus.

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

Andere Allergien (bitte auflisten):

Other allergies (please specify)

Andere wichtige Informationen:

Other significant information

Ich bin einverstanden, dass mein Kind an den DofE BRONZE Practice AND Qualifying Expeditions, Surrey Hills, May 15-16 & June 5-6 2020 (Friday-Saturday) teilnimmt.

Unterschrift

Eltern/Erziehungsberechtigte:

Parents/Guardians signature:

Datum:

Date: