

## Elterliche Erlaubnis für minderjährige Studenten

Ich, der Unterzeichnende.....

Adresse.....

.....

Land.....Tel : .....

Handy.....

(**obligatorische Angabe.** Damit wir Sie während des Sprachaufenthaltes Ihres Kindes jederzeit erreichen können)

erlaube meiner Tochter / meinem Sohn : .....

ja  nein - an den im Rahmen des vom Collège organisierten außerschulischen Aktivitäten teilzunehmen.

ja  nein - für kulturelle, sportliche oder touristische Aktivitäten in einem Bus oder Minibus zu den Orten gefahren zu werden, wo die Besuche / Aktivitäten stattfinden.

ja  nein - den Campus des Collège International ohne erwachsene Begleitung zu verlassen, um nach dem Sprachkurs und vor der nächtlichen Ausgangssperre an den Strand, in das Stadtzentrum etc. zu gehen.

ja  nein - im gegebenen Fall erlaube ich dem Organisator oder dem Begleitpersonal alle nötigen Maßnahmen zu ergreifen, die im Notfall oder den Umständen entsprechend zu einer ärztlichen Behandlung oder für eine Einweisung ins Krankenhaus nötig sind.

außerdem erlaube ich

oui  non - dem Personal des Collège International während akademischen, sportlichen oder kulturellen Aktivitäten, an denen meine Tochter / mein Sohn teilnimmt, Fotos zu machen die eventuell auf der Webseite, in den Broschüren oder im monatlichen Newsletter des Collège International veröffentlicht werden.

Datum und Unterschrift

.....

## Elterliche Erlaubnis für minderjährige Studenten

Ich, der Unterzeichnende.....

Adresse.....

.....

Land.....Tel :.....

Handy.....

(obligatorische Angabe. Damit wir Sie während des Sprachaufenthaltes Ihres Kindes jederzeit erreichen können)

- gebe hiermit mein Einverständnis dafür, dass **im Falle von Krankheit oder Unfall** nach medizinischen Gutachten

meiner Tochter / meinem Sohn.....

Geburtsdatum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr)

**jede nötige ärztliche und medizinische Behandlung** gegeben wird.

**zurückliegende medizinische Vorfälle:** \_\_\_\_\_

**zu meldende chirurgische Eingriffe:** \_\_\_\_\_

**zu meldende Allergien:** \_\_\_\_\_

### **Laufende medizinische Behandlung :**

- ununterbrochen: \_\_\_\_\_
- unregelmäßige Notwendigkeit (bitte Art der Notwendigkeit angeben : Allergie oder Anderes) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift

.....