

Kopfbogen der Schule

Austausch mit _____

Name und Ort der Partnerschule

**Aufenthalt der Hamburger Schüler
im Ausland**
**Besuch der ausländischen Schüler
in Hamburg**

vom _____ bis _____

vom _____ bis _____

Name der Erziehungsberechtigten	_____
Name des Kindes	_____ Geb.datum _____
Klasse	_____ Tutor/in _____
Tel.Nr Erreichbar tagsüber	_____ Email _____ Handy _____

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind an o.g. Austausch teilnimmt und werde/n die Kosten in Höhe von _____ Euro tragen.

Wir können aufnehmen:

nur einen Jungen nur ein Mädchen egal ob Junge oder Mädchen

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind an folgenden Aktivitäten

_____ mit erhöhtem Unfallrisiko¹ teilnimmt.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Mein/Unser Kind kann nicht an o.g. Austauschfahrt teilnehmen, aber wir nehmen gerne einen Gastschüler/eine Gastschülerin auf.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

¹ z.B. Baden, Radfahren, Skilaufen, Bergwandern, Bootfahren

Kopfbogen der Schule

Austausch mit _____

Name und Ort der Partnerschule

**Aufenthalt der Hamburger Schüler im
Ausland**
**Besuch der ausländischen Schüler in
Hamburg**

vom _____ bis _____
vom _____ bis _____

Vereinbarungen und Erklärungen zu den Finanziellen Regelungen

Name der Erziehungsberechtigten	_____	
Name des Kindes	_____	Geb.datum _____
Klasse	_____	Tutor/in _____
Tel.Nr	_____	Email _____
Erreichbar tagsüber	_____	Handy _____

1. Die Kosten für den Austausch betragen: _____ €, darin enthalten sind Fahrtkosten, Ausflüge, Nebenkosten.
2. Ich verpflichte mich zur Zahlung der Kosten bis zum _____ auf nachfolgendes Konto:

Kontoinhaber	_____
Bankinstitut	_____
BLZ	_____
Kontonummer	_____

3. Ich beantrage die Kostenübernahme beim Sozialamt: Ja Nein
4. Die Kosten für den Austausch sind auch im Falle eines Reiserücktritts zu zahlen, falls dieser nach dem Abschluss der notwendigen Verträge erfolgt und nicht im Rahmen der Vertragsbedingungen gemindert werden kann.

5. Mir ist bekannt, dass mein Kind bei schwerwiegendem Fehlverhalten nach Hause geschickt werden kann. Die Entscheidung über disziplinarische Konsequenzen bei einem Verstoß gegen vereinbarte Verhaltensregeln obliegt den den Austausch begleitenden Lehrkräften. Ich erkenne an, dass ich die Kosten für eine vorzeitige Heimreise meines Kindes aus pädagogischen Gründen selber tragen und - nach vorheriger Rücksprache - die Verantwortung für die Heimreise übernehmen muss.
6. Mein Kind verfügt über gültige Reisedokumente und (bei nichtdeutschen Staatsangehörigen) über die notwendigen Visa. Im Gepäck und Handgepäck meines Kindes befinden sich nur die nach den neuesten Regelungen erlaubten Gegenstände/Flüssigkeiten. Größe und Gewicht der Gepäckstücke entsprechen ebenfalls den Vorgaben der Fluggesellschaft.

Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Kopfbogen der Schule

Austausch mit

_____ Name und Ort der Partnerschule

**Aufenthalt der Hamburger Schüler im
Ausland**
**Besuch der ausländischen Schüler in
Hamburg**

vom _____ bis _____
vom _____ bis _____

Erklärung

Name der Erziehungsberechtigten	_____	
Name des Kindes	_____	Geb.datum _____
Klasse	_____	Tutor/in _____
Tel.Nr	_____	Email _____
Erreichbar tagsüber	_____	Handy _____

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind sich während der Projektarbeit und während der Ausflüge in kleinen Gruppen nach vorheriger Absprache mit den aufsichtsführenden Lehrkräften von der Gesamtgruppe entfernen darf.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Rahmen der Austauschfahrt angemessene Unternehmungen in Gruppen machen darf, ohne dass dabei die begleitende Lehrkraft anwesend ist. Ich weiß, dass kein gesetzlicher Unfall-Versicherungsschutz besteht, soweit diese Unternehmungen außerhalb des Organisationsbereiches der Schule und ohne Zusammenhang mit dem Zweck der Schulveranstaltung stattfinden.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind an folgenden Aktivitäten teilnimmt:

- Ich erlaube meinem Kind, mit der Gastfamilie oder dem Austauschpartner in der Freizeit, die nicht von den begleitenden Lehrkräften beaufsichtigt wird, an folgenden Aktivitäten teilzunehmen:

Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Aktivitäten

Kopfbogen der Schule

Austausch mit

_____ Name und Ort der Partnerschule

Aufenthalt der Hamburger Schüler im
Ausland
Besuch der ausländischen Schüler in
Hamburg

vom _____ bis _____
vom _____ bis _____

Vereinbarungen und Erklärungen zur Krankenversicherung

Name der Erziehungsberechtigten	_____	
Name des Kindes	_____	Geb.datum _____
Klasse	_____	Tutor/in _____
Tel.Nr	_____	Email _____
Erreichbar tagsüber	_____	Handy _____

Für mein Kind besteht Krankenversicherungsschutz bei folgender Krankenversicherung

_____ Name der Versicherung

Bei Fahrten ins Ausland

Die Krankenversicherung umfasst im Rahmen zwischenstaatlicher Vereinbarungen das Risiko einer Erkrankung, eines Krankenhausaufenthaltes und gegebenenfalls einer Rückbeförderung.

Ich bestätige, dass der genannte Versicherungsschutz besteht und mein Kind die notwendigen Unterlagen mit sich führt.

_____ Datum

_____ Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Da der vorstehend genannte Versicherungsschutz nicht besteht, erkläre ich, dass ich für mein Kind im Krankheitsfall die Kosten und evtl. Folgekosten in vollem Umfang selbst übernehme.

_____ Datum

_____ Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Krankenversicherung

Ich genehmige die ärztliche Behandlung meines Kindes, falls von den begleitenden Lehrkräften für notwendig erachtet. Den behandelnden Ärzten erteile ich die Vollmacht, die von ihnen für notwendig gehaltenen Maßnahmen zu treffen.

Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Sollte durch Unfall oder Krankheit meines Kindes auf Entscheidung eines Arztes eine umgehende Operation meines Kindes notwendig sein, erkläre ich mich damit einverstanden.

Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Ergänzende Informationen

1. Mein Kind wurde zuletzt am _____ gegen Tetanus geimpft.

2. Mein Kind benötigt regelmäßig folgende Medikamente:

3. Sonstige gesundheitliche Besonderheiten, die den begleitenden Lehrkräften bekannt sein sollten (z.B. Allergien, Epilepsie, Schlafwandeln...)

4. Ich bestätige, dass mein Kind zur Zeit frei von ansteckenden Krankheiten ist und keine Krankheiten/Leiden vorliegen, die die Teilnahme an der Austauschfahrt beeinträchtigen könnten.

5. Für den Fall einer Berührung mit tollwutverdächtigen Tieren stimme ich einer diesbezüglichen Impfung meines Kindes zu.

Ja Nein

Über eine Veränderung von des Gesundheitszustand meines Kindes werde ich die verantwortlichen Lehrkräfte unverzüglich informieren.

Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

