Vollmacht für zusätzliche abholberechtigte Personen im Krankheitsfall

Bitte füllen Sie dieses Formular aus, damit die Schule im Krankheitsfall Ihres Kindes schnell und zuverlässig weitere Kontaktpersonen benachrichtigen und das Kind an diese übergeben darf.

1. Angaben zum Kind

Name des Kindes: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Klasse: _____

2. Angaben zu den Erziehungsberechtigten

Name, Vorname: _____

Telefon (Mobil): _____ **Telefon (Festnetz):** _____

E-Mail-Adresse: _____

3. Weitere abholberechtigte Personen im Krankheitsfall

Hiermit ermächtige ich folgende Personen, mein Kind bei Erkrankung oder in Notfällen von der Schule abzuholen:

Person 1		**Person 2**	
Name, Vorname:	_____	Name, Vorname:	_____
Verhältnis zum Kind:	_____	Verhältnis zum Kind:	_____
Telefonnummer:	_____	Telefonnummer:	_____
Weitere Nummer:	_____	Weitere Nummer:	_____

4. Einverständniserklärung und Unterschrift

Ich bestätige, dass die oben genannten Personen über ihre Eintragung und die Weitergabe ihrer Telefonnummern an die Schule informiert sind und sich zur Abholung bereit erklärt haben. Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf.

_____ _____

~~Ort,~~ Datum ~~Unt~~erschrift des Erziehungsberechtigten