

Name des/der Schüler/in

Klasse



Meine Tochter/Mein Sohn

- ☼ kommt jeweils in der Früh des ersten Schultages bis spätestens 7.45 Uhr
- ☼ kommt zum **Urlaubsschluss** bis **spätestens 20 Uhr** allein ins Internat
- ☼ wird zum Urlaubsschluss bis **spätestens 20 Uhr** ins Internat gebracht

Zutreffendes bitte ankreuzen

**SOLLTEN SIE DIESE ZEIT EINMAL NICHT EINHALTEN KÖNNEN, ERSUCHEN WIR DRINGEND UM EINEN ANRUF
IN DER ZEIT VON 18.30 – 20.00 UHR
UNTER DER TELEFON-NUMMER
+43129 1 25 / 1190 (BURSCHEN 3.-8.KL.)
+43129 1 25 / 1290 (BURSCHEN 1.+2. KL. / MÄDCHEN)**

**1. - 5. Klasse AHS/NMS
1. Kl. BAfEP**

Vor Urlaubstagen (z.B. autonom schulfreie Tage, Wochenende) schließt das Internat um 8.00 Uhr.



1. _____
Name, Adresse, Telefon-Nr.
2. _____
Name, Adresse, Telefon-Nr.
3. _____
Name, Adresse, Telefon-Nr.

Meine Tochter/Mein Sohn muss folgende **Medikamente** nehmen:

SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER: _____

Ich bestätige, dass ich den Schularzt von der **ärztlichen Schweigepflicht** (§54 ÄrzteG) sowie das sonstige Pflegepersonal der Krankenabteilung von der für Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe bestehenden Schweigepflicht (§6 Abs.2 GuKG) entbinde. Diese Schweigepflicht soll gegenüber den betroffenen Bereichsleitern in jenem Umfang aufgehoben werden, der erforderlich ist, um die gemäß dem Aufnahmevertrag bestehenden Verpflichtungen des Schulerhalters in Hinblick auf das Wohl des Kindes verlässlich erfüllen zu können.

Bei Erkrankung muss Ihr Kind noch am selben Tag vom Internat abgeholt werden!

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten