



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

ZUR ABGABE VON KALIUMJODIDTABLETTEN AN DER SCHULE

Name der Schülerin/des Schülers _____

Name der/des Erziehungsberechtigten _____

- JA, ich erteile die Einwilligung**, meinem Kind im Katastrophenfall - nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden – Kaliumjodid-Tabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten beziehungsweise Gegenanzeigen gegen die Einnahme von Kaliumjodid-Tabletten bekannt sind.
- NEIN, ich erteile die Einwilligung nicht.**

Datum

Unterschrift

VERLASSEN DER SCHULE

Es ist uns bekannt, dass Schüler/innen von Unterrichtsbeginn an bis zum Ende des Unterrichts, ausgenommen die Mittagspause, das Schulgebäude und die dazugehörige Schulliegenschaft nach § 2 der Schulordnung ohne besondere Erlaubnis nicht verlassen dürfen. Wir ersuchen daher, dass auf unsere eigene Verantwortung und Gefahr hin der Schüler/die Schülerin

_____, geb. am _____,

in den unterrichtsfreien Stunden das Schulgebäude und die dazugehörige Schulliegenschaft jederzeit verlassen darf.

Datum

Unterschrift

VERÖFFENTLICHUNG VON FOTOS

Ich stimme der **Veröffentlichung von Fotos** (Website etc.) und der Weitergabe der Daten an den NÖ Landeselternverband und den BORG Elternverein zu (Zweck: Information; Widerruf jederzeit möglich).

Datum

Unterschrift

