

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich, Erziehungsberechtigter

.....

wohnhaft :

.....

Tel.: dienstlich:

Handy::

dass ich die / den VERANTWORTLICHEN der INTERNATIONALEN DEUTSCHEN SCHULE PARIS ermächtige, in meinem Namen für meinen Sohn / meine Tochter / Klasse

.....

wenn nötig den Transport ins Krankenhaus zu veranlassen und an Ort und Stelle, jede notwendige Erlaubnis für eine Operation mit oder ohne Vollnarkose zu erteilen, wenn dies von der Ärzteschaft beschlossen wird.

Diese Ermächtigung gilt für den Fall, daß mein Sohn / meine Tochter Opfer eines Unfalls oder einer akuten und sich schnell entwickelnden Krankheit werden sollte und ich nicht schnell genug erreichbar bin.

St. Cloud, den

.....
(Unterschrift)

Zusätzliche Informationen

- Nimmt Ihr Kind Medikamente, die Gegenreaktionen hervorrufen können?

- Ist Ihr Kind allergisch ?

- Datum der letzten Wundstarrkrampfpimpfung:



AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Je soussigné (e) M/ Mme.....

Adresse :

.....

Tel. : Domicile

Tel. : Bureau

Concerne l'élève: Nom :Prénom:

déclare autoriser les responsables de l' ECOLE ALLEMANDE INTERNATIONALE DE PARIS, à organiser le transport à l'hôpital et donne mon autorisation pour tout acte opératoire ou d'anesthésie qui serait décidé par le corps médical dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie aigüe à évolution rapide.

Cette autorisation n'entre en vigueur que dans le cas où je ne serais pas joignable.

Fait à..... , le

Signature précédée de la mention ' lu et approuvé'.

Information complémentaire

Indiquer :- les médicaments ou traitements présentant une contre-indication

- la date du dernier vaccin antitétanique
- si votre enfant suit actuellement un traitement et lequel
- le groupe sanguin quand il est connu.