

Dauervollmacht Primarstufe

Name des Kindes: _____ Klasse: _____

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Optionen zutreffendes an:

Mein Kind darf,

- ☐ ab 14:30 Uhr das Schulgelände selbstständig verlassen.
- ☐ zu einer bestimmten Uhrzeit das Schulgelände selbstständig verlassen.

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag

- ☐ bei Hitzefrei das Schulgelände nach Unterrichtsschluss selbstständig verlassen.
- ☐ nach der Zeugnisausgabe, 12:00 Uhr, das Schulgelände selbstständig verlassen.
- ☐ nach Rückkehr von der Klassenfahrt das Schulgelände selbstständig verlassen.
- ☐ nach einem Wandertag selbstständig gehen.

Mein Kind darf,

- ☐ das Schulgelände nicht selbstständig verlassen.

Datum

Unterschrift

Personensorgeberechtigte

Permanent Authorization

Child's name: _____ Class: _____

Please check the applicable options below:

My child is allowed,

- ☐ to leave the school grounds on your own from 2:30 PM.
- ☐ to leave the school grounds on your own at a specific time.

Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday

- ☐ to leave the school grounds on your own during a heat day.
 - ☐ to leave the school grounds on their own after the report card is handed out at 12:00.
 - ☐ to leave the school grounds on their own after returning from the class trip.
 - ☐ to go home on your own after a field trip.
-
- ☐ My child is not allowed to leave the school grounds on their own.

Date

Signature of person with parental authority
