

Austausch 2017 GUSTAV - STRESEMANN - GYMNASIUM — DOLLAR ACADEMY

TERMINE in Fellbach: Montag, 26.06.2017 - Donnerstag, 06.07.2017
(voraussichtlich)
in Dollar: Dienstag, 12.09.2017 - Freitag, 22.09.2017

Bitte **gut leserlich, vollständig** ausgefüllt und **unterschrieben** bis spätestens **Donnerstag 23.02.2017** bei Frau Kächele abgeben.

Klasse:

NAME

VORNAME

ADRESSE

D-

PLZ

Ort

TELEFON (mit Vorwahl)

für Notfall:

E-Mail:

E-Mail Eltern:

GEBURTSDATUM

GRÖSSE in cm

NAME(N)/ALTER von Geschwistern (zuhause)

FREIZEITINTERESSEN (Schwerpunkte)

HAUSTIERE

MEDIZINISCHE VORSORGE NÖTIG wegen
(regelmäßige Medikamenteneinnahme, Allergien o.ä.)

BEMERKUNGEN

bitte neueres Passfoto
einkleben

WEITERE INFORMATIONEN (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- Ich habe bereits an einem Schottlandaustausch teilgenommen. Mein Austauschpartner / meine Austauschpartnerin hieß:
- _____
- Ich habe im Schuljahr 2016/17 bereits am Frankreichaustausch teilgenommen.
- Für den Fall, dass sich die Anzahl der Bewerbungen von Jungen und Mädchen unterscheidet, wären wir bereit zu einem Austauschpartner anderen Geschlechts.
- Wir könnten eventuell zwei schottische Gäste aufnehmen.

Unser schottischer Gast wird bei uns in einem Einzelzimmer
 Mehrbettzimmer untergebracht.

ERKLÄRUNG:

Name(n) der/des Erziehungsberechtigten: _____

Unser(e) Tochter/Sohn soll am diesjährigen Austausch teilnehmen.
Den Teilnahmebetrag in Höhe von **550,00 €** überweisen wir nach Zusage zur Teilnahme am Austausch **umgehend** (vgl. die *Informationen zum Austausch*) auf folgendes Konto:
(bitte unbedingt Vor- und Nachnamen Ihres Kindes angeben).

Sonja Kächele
Schüleraustausch Schottland
IBAN: DE10 6006 0396 0057 7640 00
BIC: GENODES1UTV
Volksbank am Württemberg eG

Wir haben die Informationen zum o.a. Schüleraustausch zur Kenntnis genommen und erklären uns damit einverstanden. Die Angaben zur medizinischen Vorsorge sind korrekt und auf dem neuesten Stand. Sollten sich Veränderungen ergeben, wird Frau Kächele rechtzeitig schriftlich informiert, insbesondere wenn die Einnahme von Medikamenten nötig sein sollte. Falls medizinische Versorgung (einschließlich Anästhesie) nötig werden sollte, erklären wir uns damit einverstanden. Wir sind ebenfalls damit einverstanden, dass unser Kind sich während der Ausflüge im Rahmen des Austausches in Kleingruppen von mindestens drei Personen ohne Begleitung durch Lehrer oder Eltern von der Reisegruppe entfernen kann.

Ort, Datum

Unterschrift(en) der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten

Austausch 2017
GUSTAV - STRESEMANN - GYMNASIUM — DOLLAR ACADEMY

Name:

Für den Besuch der Gäste aus Schottland rege ich folgenden Ausflug an:

Für den Besuch der Gäste aus Schottland kann ich folgende Besichtigung (Betrieb, ...) anbieten:

Für den Austausch rege ich Folgendes an: