



Institut Neulandschulen  
1100 Wien, Alxingergasse 8  
Tel: 6043745/330  
Mail: [vs.alxingergasse@nls.at](mailto:vs.alxingergasse@nls.at)  
Web: [www.nls.at](http://www.nls.at)

## GENERALVOLLMACHT

Name Schüler/in: \_\_\_\_\_ Wien, \_\_\_\_\_

### **Fotos:**

Sind Sie damit einverstanden, dass Fotos auf denen ihr Kind abgelichtet ist (Klassenfotos/Gruppenfotos – keine Einzelfotos, z. B auf der Homepage, in der Schülerzeitung, Schulfolder etc.), veröffentlicht werden?

- ja
- nein

### **Kaliumjodid-Tablette:**

Sind Sie damit einverstanden, dass Ihr Kind bei einem Strahlenunfall die Kaliumjodid-Tablette bekommt? Die Information habe ich erhalten.

- ja
- nein

### **Kindergarten:**

Sind Sie damit einverstanden, dass Informationen vom Kindergarten an die Schule weitergegeben werden dürfen?

- ja
- nein

### **Elternvertreter/Elternverein:**

Sind Sie damit einverstanden, dass Ihr Name und Ihre Adresse dem Elternvertreter zur Wahrung seiner Aufgaben (laut Schulunterrichtsgesetz) weiter gegeben werden?

- ja
- nein

### **Religionsunterricht – religiöse Feiern:**

Ich verpflichte mich, dass mein Kind einen Religionsunterricht besucht und an den religiösen Feiern teilnimmt.

### **Schulordnung:**

Ich habe die Schulordnung erhalten und zur Kenntnis genommen.

### **Wünsche:**

- Klassenlehrerin: \_\_\_\_\_
- Mein Kind möchte nach Möglichkeit mit einem anderen Kind die gleiche Klasse besuchen.

Das Kind heißt: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_