

Einverständniserklärung zur Kontaktaufnahme mit Lehrkräften

Angaben zum Minderjährigen (= Patenkind)

Name:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Adresse:

Personalausweisnummer:

Als gesetzliche*r Vertreter*in,

_____ ,

geboren am _____ ,

wohnhaft in _____ ,

mit folgender Beziehung zum Minderjährigen:

_____ und

Personalausweisnummer: _____

bin ich mit folgender Tätigkeit einverstanden:

Ich bin damit einverstanden, dass

_____ , geboren

am _____ , im Zuge der Tätigkeit als

Schülerpate*in Kontakt zu Lehrkraft

der _____-Schule

aufnimmt, um weitergehende schulische Fördermöglichkeiten zum Wohle des/der gemeinsam betreuten Schülers/Schülerin zu vereinbaren.

Diese Einverständniserklärung ist im folgenden

Zeitraum wirksam: _____ - _____

Unterschrift Gesetzliche*r Vertreter*in

إقرار الموافقة على الاتصال بالمعلمين

معلومات عن القاصر (= طفل مكفول)

الاسم :

تاريخ الولادة:

رقم الهاتف:

العنوان:

رقم الهوية:

بصفته الممثل القانوني ،

_____ ،

مواليد _____ ،

يعيش في _____ ،

وعلاقته بالقاصر:

ورقم الهوية: _____ ،

أوافق على الموضح أدناه:

أوافق على أن

_____ ولد في

_____ في سياق عمله ككفيل طالب

على الاتصال بالمعلمة

من مدرسة _____

على أن يأخذ المزيد من فرص الدعم التعليمي لصالح التلميذ بشكل مشترك.

إعلان الموافقة هذه ساري المفعول في الفترة التالية:

_____ - _____

توقيع الممثل القانوني