

**Anmeldung zum Schüleraustausch 2026**

**Nelly-Sachs-Gymnasium, Neuss – Collège Perrot d'Ablancourt, Châlons-en-Champagne**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Tochter/ mein Sohn am Austausch mit dem Collège d'Ablancourt in Châlons-en-Champagne teilnimmt.

Name des Schülers/der Schülerin: \_\_\_\_\_ Klasse : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon (Erreichbarkeit der Eltern während der Fahrt): \_\_\_\_\_

email der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Ich verpflichte mich, die Kosten von 250 Euro ( + Taschengeld) für diese Fahrt zu tragen. Ich bin mir bewusst, dass eine Reiserücktrittsversicherung nicht im Preis inbegriffen ist. Ich werde alle Unkosten übernehmen, die dadurch entstehen, dass meine Tochter/ mein Sohn von der Fahrt zurücktritt.

Ich erlaube meinem Kind, sich auf der Fahrt auch ohne unmittelbare Aufsicht mit Wissen der begleitenden LehrerInnen oder der Gastfamilie und stets in einer kleinen Gruppe am Zielort und auf Ausflügen selbstständig zu bewegen. Alle SchülerInnen haben sich im eigenen Interesse und im Interesse eines reibungslosen Ablaufs des Austauschs an die Wünsche der Gastfamilien zu halten und den Anweisungen der begleitenden LehrerInnen zu folgen. Im Falle auftretender Schwierigkeiten oder Problemen sollen sich die SchülerInnen umgehend mit den begleitenden LehrerInnen in Verbindung setzen.

Ich stimme zu, dass meine Tochter/ mein Sohn auf meine Kosten ( nach vorheriger Information des Elternhauses) vorzeitig nach Hause zurückkehrt, wenn er/sie die Reise ohne gültige Ausweispapiere angetreten hat, bei Fahrtunterbrechungen die Gruppe verlässt oder verliert, zum Zeitpunkt der Rückfahrt fehlt oder den Ablauf der Fahrt erheblich stört. Diese Regelungen gelten auch für die Ausflüge in der Zeit des Besuchs der Austauschschüler in Neuss.

Meine Tochter/ mein Sohn verfügt über eine Auslandsrankenversicherung bei:

\_\_\_\_\_

Meine Tochter/ mein Sohn leidet an folgender Krankheit (Allergie, chronische Erkrankung), die berücksichtigt werden muss:

\_\_\_\_\_

Er/ Sie muss folgende Medikamente dagegen folgendermaßen nehmen und hat sie während des Austauschs dabei:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datum, Unterschrift eines Erziehungsberechtigten:** \_\_\_\_\_

**Datum, Unterschrift des Schülers/ der Schülerin:** \_\_\_\_\_

**bitte bei der Französischlehrkraft bis zum 10. Januar 2026 abgeben!**