

SAMTYKKEERKLÆRING

ÅRHUS STATSGYMNASIUM



Undertegnede forældre/værge giver hermed samtykke til, at ledsager må tage eleven under 18 år med på udlandsrejse i forbindelse med studierejser for Århus Statsgymnasium. Nedenstående bedes udfyldt i **BLOKBOGSTAVER**:

ELEVEN/BARNET

DATO:

| | | | |
|-------------------|--|-----------------|--|
| Navn: | | Fødselsdato: | |
| Adresse: | | | |
| Nationalitet: | | Pasnummer: | |
| Rejsedestination: | | | |
| Rejsedato ud: | | Rejsedato hjem: | |

LEDSAGENDE VOKSEN

| | | | |
|------------------------------------|--|------------|-------------------------|
| Navn: | | Relation: | Lærer/underviser |
| Adresse: | | | |
| Nationalitet: | | Pasnummer: | |
| Kontaktoplysninger under opholdet: | | | |

FORÆLDER/VÆRGE (1)

| | | | |
|---------------|--|----------|--|
| Navn: | | | |
| Adresse: | | | |
| Nationalitet: | | Telefon: | |

DATO & UNDERSKRIFT FORÆLDER/VÆRGE (1) _____

FORÆLDER/VÆRGE (2)

| | | | |
|---------------|--|----------|--|
| Navn: | | | |
| Adresse: | | | |
| Nationalitet: | | Telefon: | |

DATO & UNDERSKRIFT FORÆLDER/VÆRGE (2) _____

AFKRYDS: **JA** _____ **NEJ** _____

Samtykket indeholder også en fuldmagt til LEDSAGENDE VOKSEN, så denne kan tage medicinske beslutninger, hvis der skulle opstå pludselig sygdom hos ELEVEN/BARNET.

KOPI VEDLAGT AF: _____ **ELEVEN/BARNETS FØDSELSATTEST**
SÆT KRYDS _____ **FORÆLDER/VÆRGE PAS (BEGGE FORÆLDRE)**

DECLARATION OF CONSENT

ÅRHUS STATSGYMNASIUM



The undersigned parent/guardian hereby agrees to the teacher taking a student under the age of 18 abroad in connection with a study tour for Århus Statsgymnasium. The questions below must be answered in capital letters.

STUDENT/CHILD

DATE:

| | | | |
|---------------------|--|------------------|--|
| Name: | | Date of birth: | |
| Address: | | | |
| Nationality: | | Passport number: | |
| Travel destination: | | | |
| Date of departure: | | Date of return: | |

ACCOMPANYING ADULT

| | | | |
|------------------------------|--|------------------|----------------|
| Name: | | Relation: | Teacher |
| Address: | | | |
| Nationality: | | Passport number: | |
| Whom to contact during stay: | | | |

PARENT/GUARDIAN (1)

| | | | |
|--------------|--|------------|--|
| Name: | | | |
| Address: | | | |
| Nationality: | | Telephone: | |

DATE AND SIGNATURE PARENT/GUARDIAN (1) _____

PARENT/GUARDIAN (2)

| | | | |
|--------------|--|------------|--|
| Name: | | | |
| Address: | | | |
| Nationality: | | Telephone: | |

DATE AND SIGNATURE PARENT/GUARDIAN (2) _____

TICK OFF: YES _____ NO _____

The consent is also an authorization to the ACCOMPANYING ADULT, which gives this person authorization to take medical decisions in case of sudden illness of a STUDENT/CHILD.

COPY ENCLOSED OF _____ CHILD/ STUDENT'S BIRTH CERTIFICATE
TICK OFF _____ PARENT/GUARDIAN'S PASSPORT (BOTH PARENTS)