Internat
HOFWIL

Name ..... Kl. ..... Zimmer .....

Sonderregelung

mit dem Einverständnis der Eltern oder deren Vertreter

❑ 1. Semester ❑ 2. Semester des Schuljahres 20..... / .....

Gültig ab dem ..... (Datum)

Meine Eltern bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass ich jeweils am

❑ Sonntag ❑ Montag ❑ Dienstag ❑ Mittwoch ❑ Donnerstag

.....

.....

.....

..... darf.

Im Fall einer Sonderausgangsbewilligung ist die Rückkehrzeit ungefähr um ..... Uhr.

❑ Ich darf den meiner Altersstufe entsprechenden Ausgang zusätzlich beanspruchen.

❑ Meine Eltern wünschen, dass ich auf diese Möglichkeit verzichte.

Ort / Datum Unterschrift Schüler/in

....

Allfällige Bemerkungen der Eltern .....

.....

.....

.....

Ort / Datum Unterschrift Eltern od. Vertreter

....

Eingesehen am ..... Internatsleitung .....