

**VERSICHERUNG WÄHREND DES BETRIEBSPRAKTIKUMS IN  
KLASSE 9 - RÜCKLAUF BIS 15. März 2020 AN DIE SCHULE**

Name und Sitz der Firma:

---

Zeitraum:

---

Name und Klasse des Kindes:

---

Name und Anschrift der Eltern:

---

Telefonnummer im Notfall:

---

Email-Adresse:

---

Unfallversicherung:

---

Für den Zeitraum des Praktikums ist die Schülerin/ der Schüler über die Unfallversicherung der Schule versichert.

Ein Krankenversicherungsschutz für mein Kind ist gegeben.

Unser Kind gehört folgender Krankenkasse an:

---

Mir/Uns ist bewusst, dass ich/wir im Falle einer Krankheit meines/unseres Kindes, unverzüglich dafür Sorge tragen muss/müssen, dass mein/unser Kind abgeholt wird.

Ich/Wir sichere/n hiermit zu, dass ich/wir im vorgenannten Falle sämtliche anfallenden Kosten für die ärztliche Behandlung übernehme/n.

Dubai, den

---

(Name/n, Unterschrift/en)