

STRAHLENSCHUTZ

Schüler/Schülerin Klasse

Name der/des **Erziehungsberechtigten**:

Mein Kind soll bei Strahlenalarm und ausreichender Vorwarnzeit (Zutreffendes ankreuzen)

- nach **Hause** entlassen werden.
- bis zum regulären Unterrichtschluss bzw. bis zur in der TABE vereinbarten Zeit in der **Schule** bleiben und erst dann entlassen werden.
- selbst entscheiden, ob es in der Schule bleibt oder nach Hause geht. Mein Kind geht in die **Oberstufe** und ist **eigenberechtigt**.

Kaliumjodidtabletten (Zutreffendes ankreuzen)

JA, ich erteile die **Einwilligung**, meinem Kind nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodidtabletten zu verabreichen, und bestätige, dass mir keine Unverträglichkeiten und Gegenanzeigen bekannt sind.

NEIN, ich erteile die Einwilligung **nicht**.

Detaillierte Informationen habe ich über die Homepage der Schule erhalten.

Datum.....

.....
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Zu Beginn jedes Schuljahres kann dieses Formular über die Homepage wieder ausgedruckt und die Entscheidungen aktualisiert werden.