

**Einverständniserklärung zur verpflichtenden Teilnahme an der Kennenlernfahrt  
Klasse 5  
der RSAK im Schuljahr 2024/2025**

Hiermit erlaube(n) ich (wir) meinem (unserem) Kind \_\_\_\_\_

Klasse 5 die Teilnahme an der Kennenlernfahrt nach Sprötze.

(Hinweis: Der Termin findet je nach Klassenzugehörigkeit entweder vom  
02.09.-04.09.24 **oder** 04.09.- 06.09.24 statt.)

Beachten Sie bitte bei meinem/unserem Kind folgende Hinweise:  
(Unverträglichkeiten, Allergien, notwendige Einnahme von Arzneimitteln)

---

---

Für dringende Notfälle erreichen Sie mich unter:

Handy: \_\_\_\_\_

Hausanschluss: \_\_\_\_\_

Unsere Adresse lautet: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten/Datum