

.....

.....

.....

Name und Adresse der/des Erziehungsberechtigten

# V O L L M A C H T

Hiermit bevollmächtige ich/wir

## **die Landesberufsschule Hallein**

bis auf Widerruf meine(n)/unsere(n) minderjährige(n) Tochter/Sohn

....., Lehrling der Klasse .....

im Krankheitsfalle während der Unterrichtszeit nach Hause zu entlassen

bzw. ihr/ihm einen selbständigen Arztbesuch zu ermöglichen.

...../.....

Ort

Datum

.....

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten