



Please reply to: Student Reservations Office, 38 Hawley Square, Margate, Kent, CT9 1PH, UK  
Telephone: +44 1843 227700 • Fax: +44 1843 223377 • E-mail: info@ilh.com • Web: www.ilh.com

## **Ermächtigung zur Notfall-Krankenhausbehandlung für Studenten im Alter von 16 Jahren und darunter**

**(Emergency hospital treatment authorization for students of 16 years and under)**

Name des Studenten: .....  
(Name of student)

Nationalität: .....  
(Nationality)

Alter: .....  
(Age)

In einem Notfall, gebe ich Ermächtigung zu notwendiger Behandlung oder Chirurgie meines oben genannten Sohnes / meiner oben genannten Tochter. Ich bin ebenfalls damit einverstanden jegliche Krankenhausgebühren zu bezahlen.

(In case of emergency, I give authorization for any necessary treatment or surgery to be given to my son/daughter, named above. I also agree to pay any relevant hospital fees.)

Ich bestätige dass ich sein Vater / seine Mutter bin.  
(I confirm I am his/her parent.)

Unterzeichnet: .....  
(Signed)

Vollständiger Name: .....  
(Full name)

Datum: .....  
(Date)

**Füllen Sie bitte diese Form aus und fügen Sie diese der Reiseversicherung Ihres Kindes bei.  
Versichern Sie sich bitte, dass Ihr Kind diese Form und die Police der Reiseversicherung zum  
Kurs mitbringt.**

**Vielen Dank.**

