

Vorübergehende Vollmacht im Krankheitsfall o. ä.

Hiermit bevollmächtige ich Frau/Herrn _____ (Name der Mutter oder des Vaters, die/der die Interessen des Kindes gegenüber der Schule wahrnimmt)

die Interessen meiner Tochter/meines Sohnes _____
(Name der Schülerin/des Schülers)

in allen schulischen Angelegenheiten gegenüber der zu besuchenden Schule und der Schulbehörde zu vertreten.

Die Vollmacht gilt bis zu Ihrem schriftlichen Widerruf.

Ort, Datum

Unterschrift des bevollmächtigenden Elternteils

Postadresse:

**Pestalozzi-Schule Pfedelbach
Grund-, Werkreal-, Realschule**

Pestalozzistraße 21
74629 Pfedelbach

Tel.: 07941 9886-0
Fax: 07941 9886-20

E-Mail: verwaltung-rektorat@pestalozzi-schule-pfedelbach.de

Gebäude 6

Pestalozzistraße 21
74629 Pfedelbach

Tel.: 07941 9886-0
Fax: 07941 9886-20

E-Mail: verwaltung-rektorat@pestalozzi-schule-pfedelbach.de

Gebäude 1-5

Pestalozzistraße 12
74629 Pfedelbach

Tel.: 07941 63314
Fax: 07941 39553

E-Mail: verwaltung-konrektorat@pestalozzi-schule-pfedelbach.de