Braunschweig
Jugendförderung

INTERNATIONAL YOUTH WORK BRAUNSCHWEIG

M E D I C A L - P R O C U R A T I O N
M E D I Z I N I S C H E - V O L L M A C H T

We/I, as parents
Hiermit erteile/n ich/wir als Erziehungsberechtigte/r

_____
name/s of parent/s
Name der/des Erziehungsberechtigten

of / von _____ _____
name of participant — Date of Birth (DD/MM/YY)
Name des/der Teilnehmenden — Geburtsdatum (DD/MM/YY)

Give full power of authority to
Vollmacht für

_____
Name of hosts
Name der Gasteltern

to give declarations in our/my name in case of a medical emergency during the German-American Youth Exchange Program from

March 20th – April 10th of 2027

and beyond this period, if necessary.
während des deutsch-amerikanischen Jugendaustausches vom

20. März – 10. April 2027

in unserem Namen für medizinischen Notfälle Erklärungen abzugeben und (falls erforderlich) auch diesen Zeitraum hinaus.

This procuration includes the German group-leaders:
Mrs. Nils Holm, Passport No. CZXC7V6JT
und/oder / and/or
Mrs. Lea Berkmann, Passport No. CZXCZVJ48

In case of emergency, the German group leader should be informed immediately and should be involved in all decisions as soon as possible.
Für die deutsche Gruppenleitung gilt die Erklärung entsprechend. Die deutsche Gruppenleitung ist unverzüglich in einem solchen Fall zu unterrichten und schnellstmöglich bei den Entscheidungen zu beteiligen.

Braunschweig, _____
Date

_____
Signature
Unterschrift