Austauschsemester

Anmeldung

_____ Name

_____ Vorname

_____ Klasse (Schuljahr 23/24)

_____ E-Mail

_____ Organisation

_____ Gastland

Abreise ☐ Sommer 24 / _____ (Monat) ☐ Winter 25 / _____ (Monat)

Rückkehr ☐ Winter 25 / _____ (Monat) ☐ Sommer 25 / _____ (Monat)

Nach der Rückkehr aus dem Austauschsemester erwarten wir eine Bestätigung der besuchten Schule und der Dauer des Austauschprogramms.
Die Bedingungen rund um das Austauschsemester und das entsprechende Reglement der Kantonsschule Zug sind den unterzeichnenden Personen bekannt.

_____ Ort / Datum

_____ Unterschrift Schüler/Schülerin

_____ Unterschrift Eltern / Erziehungsberechtigte

→ **Abgabe bis spätestens Freitag, 19. Januar 2024** (Sekretariat)

Lüssiweg 24, 6302 Zug
T 041 728 12 12
www.ksz.ch