

Temporäre Schlüssel-Anforderung

Gesuchsteller

Name, Vorname _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Tel./E-Mail _____

Zugang zu **AU 70** **SQ 101** _____

Abteilung AT IT EE HF _____

Schulzimmer Vorbereitungszimmer _____

Spezialräume der Abt. Einzelschliessung _____

Zutritt zum Schulhaus normale Öffnungszeiten (Mo.–Fr.06.00–22.00/Sa.07.00–17.00 Uhr) _____

weitere _____

Grund _____

Dauer ab _____ bis ca. _____

Umlauf/Unterschrift/Datum

Antragsteller →	Abteilung →	Rektorat →	Techn. Dienst →	Abteilung

Abgabe Schlüssel-Nr. _____

Abgegeben
(Empfänger, Datum/Unterschrift) _____

Rückgabe/Datum _____

Empfangen
(Unterschrift) _____