

KB Anmeldeformular Schulische Tagesbetreuung VS Bad Schallerbach

GROSSE HILFE,
GANZ NAH.



Bitte mit schwarzem Stift ausfüllen

Einrichtung	SBTR Bad Schallerbach						
Kind							
Name							
Adresse							
Geburtsdatum		Sozialvers.Nr.					
Staatsbürgersch.		Rel. Bek.					
Muttersprache		Schule		Klasse			
Geschwister							
Erziehungsberechtigte							
Name							
Adresse							
Geburtsdatum		Familienstand					
Tel. (Mobil)		E-Mail					
Arbeitgeber							
Tel. Arbeitgeber							
Erziehungsberechtigte							
Name							
Adresse							
Geburtsdatum		Familienstand					
Tel. (Mobil)		E-Mail					
Arbeitgeber*							
Tel. Arbeitgeber*							
gewünschter Betreuungsbeginn (genaues Datum: Tag, Monat, Jahr)	____. ____ . ____						

Mein Kind konsumiert in der Nachmittagsbetreuung ein Mittagessen.

- Vollkost
- Vollkost ohne Schwein
- vegetarisch

* telefonische Erreichbarkeit am Nachmittag eventuell über Arbeitgeber

KB Anmeldeformular Schulische Tagesbetreuung VS Bad Schallerbach

GROSSE HILFE,
GANZ NAH.



Besuchszeiten

Mein Kind wird die Einrichtung zu folgenden Zeiten besuchen:

Montags von		bis	
Dienstags von		bis	
Mittwochs von		bis	
Donnerstags von		bis	
Freitags von		bis	

Angegebene Zeiten müssen verbindlich eingehalten werden!

Mittagsaufsicht (ohne Lernbetreuung): bis 13.00h

Schulische Nachmittagsbetreuung (mit Lernbetreuung) folgende Abholzeiten möglich:

bis 14.30h

bis 16.00h

bis 17.00h

Mein Kind _____ (Vor- und Nachname des Kindes)

wird von der Nachmittagsbetreuung abgeholt

darf zur angegebenen Zeit alleine nach Hause gehen

Außer mir, dem Unterzeichnenden des Anmeldeformulars, dürfen folgende Personen mein Kind abholen:

Name		Telefon	
Name		Telefon	
Name		Telefon	

Gesundheitliche Informationen

Hausarzt des Kindes		Tel.:	
Adresse des Hausarztes			
Erhaltene Impfungen			
Infektionskrankheiten (wie Masern, Röteln)			
Bestehende Allergien			
Nahrungsmittelunverträglichkeiten			
Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen (In diesem Fall sprechen Sie bitte mit der LeiterIn! Es geht um die Sicherheit Ihres Kindes!)			
Aktuelle Befunde (Entwicklungsverzögerungen, Defizite)			

Kaliumjodid-Tabletten

Ja, ich erteile die Bewilligung, meinem Kind im Katastrophenfall nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodid-Tabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen gegen die Einnahme von Kaliumjodid-Tabletten bekannt sind. Das entsprechende Merkblatt für die Eltern habe ich gelesen.

Nein, ich erteile diese Berechtigung nicht.

Mein Kind darf im Gebäude barfuß laufen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
im Garten barfuß laufen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Es dürfen Fotos von meinem Kind gemacht und veröffentlicht werden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ich habe das Informationsblatt zum **Datenschutz** gelesen.

Ich habe die **Informationen** zur Schulischen Tagesbetreuung und der Betreuung an schulfreien Tagen/in der Ferienzeit sowie über das Angebot der Mittagsaufsicht gelesen und zur Kenntnis genommen

→ Beides auf der Homepage der VS Bad Schallerbach – GTS-NABE zu finden.

Datum:	Unterschrift
---------------	---------------------

KB Anmeldeformular Schulische Tagesbetreuung VS Bad Schallerbach

GROSSE HILFE,
GANZ NAH.



Konditionen	
Beiträge für Essen, Betreuung, Bastelmaterial, Ausflüge und Sonstiges lt Informationsblatt (siehe Homepage der VS Bad Schallerbach – GTS-NABE).	
Einzugsermächtigung betreffend Kind _____ (Vor- und Nachname des Kindes angeben!)	
Ich, _____ ermächtige hiermit die Hilfswerk OÖ GmbH, die oben angeführten Beträge monatlich von meinem Konto abzubuchen. Es gelten die „Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Österreichischen Kreditunternehmen“ in ihrer letztgültigen Fassung. Die Kosten für etwaige Bankspesen für nicht eingelöste Bankeinzüge (bei Verschulden den Kunden) sind vom Kunden zu tragen.	
Kontoinhaber	
Name der Bank	
IBAN:	
BIC	
<input type="radio"/> Bitte senden Sie mir monatlich eine Rechnung über den abgebuchten Betrag (nur für den Fall möglich, dass OÖ Hilfswerk Elternbeiträge einhebt). Die Rechnungen werden vorrangig per Mail an die angegebene Adresse versendet. <input type="radio"/> Ich benötige keine Rechnung	
Datum	Unterschrift:

Von der Einrichtungsleitung auszufüllen			
Einrichtung / Kostenstelle		Bearbeiter / FSZ	
Datum		Nachricht bis	
Kontakt: <input type="checkbox"/> persönlich <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> sonstiges		vermittelt durch:	
Kundennummer		<input type="radio"/> aktiv <input type="radio"/> inaktiv	<input type="radio"/> Neukunde <input type="radio"/> Anfrage
Rechnungsdaten			
Rechnungsempfänger Elternbeitrag			
Monatlicher Betrag (€)		Zahlungsart	
Rechnungsempfänger Essensbeitrag			
Monatlicher Betrag (€)		Zahlungsart	