

KB Anmeldeformular GTS/ Mittagsaufsicht 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 GTS/ Mittagsaufsicht VS Bad Schallerbach

GROSSE HILFE,
GANZ NAH.



Besuchszeiten	
Mein Kind soll bis zur angegebenen Zeiten betreut werden (nicht benötigte Tage streichen):	
Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	

Für eine Anmeldung zur GTS (mit Lernbetreuung), sind folgende Entlassungszeiten möglich:
Mo – Do: ab 16.00h - 17.00h (genaue Entlassungszeit angeben!)
Fr: 14.30h
Für die Mittagsaufsicht (ohne Lernbetreuung), folgende Zeit angeben:
Mo – Fr: 13.00h

Außer mir, der/ dem Unterzeichnenden des Anmeldeformulars, dürfen folgende Personen im Bedarfsfall informiert werden:

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

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

Ich habe die **Informationen** zur GTS 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 zu finden.

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

KB Anmeldeformular GTS/ Mittagsaufsicht 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

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.

Ich benötige keine Rechnung

Datum

Unterschrift:

Von der Einrichtungsleitung auszufüllen

Einrichtung / Kostenstelle

Bearbeiter / FSZ

Datum

Nachricht bis

Kontakt: persönlich telefonisch schriftlich sonstiges vermittelt durch:

Kundennummer

aktiv

inaktiv

Neukunde

Anfrage

Rechnungsdaten

Rechnungsempfänger Elternbeitrag

Monatlicher Betrag (€)

Zahlungsart

Rechnungsempfänger Essensbeitrag

Monatlicher Betrag (€)

Zahlungsart