

# KB Anmeldeformular GTS/ Mittagsaufsicht VS Bad Schallerbach

GROSSE HILFE,  
GANZ NAH.



Bitte mit schwarzem Stift ausfüllen

<b>Einrichtung</b>	<b>SBTR Bad Schallerbach</b>				
<b>Kind</b>					
Name					
Adresse					
Geburtsdatum		Sozialvers.Nr.			
Staatsbürgersch.		Rel. Bek.			
Muttersprache		Schule		Klasse	
Geschwister					
<b>Erziehungsberechtigte</b>					
Name					
Adresse					
Geburtsdatum		Familienstand			
Tel. (Mobil)		E-Mail			
Arbeitgeber*					
Tel. Arbeitgeber*					
<b>Erziehungsberechtigte</b>					
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  Ja  Nein

- Vollkost
- Vollkost ohne Schwein
- vegetarisch

Mein Kind

- geht alleine nach Hause
- wird abgeholt

\* 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	

<b>Für eine Anmeldung zur GTS</b> (mit Lernbetreuung), sind folgende Entlassungszeiten möglich:
Mo – Do: ab 16.00h - 17.00h (genaue Entlassungszeit angeben!)
Fr: 14.30h
<b>Für die Mittagsaufsicht</b> (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.



<b>Konditionen</b>	
Beiträge für Essen, Betreuung, Bastelmaterial, Ausflüge und Sonstiges lt Informationsblatt (siehe Homepage der VS Bad Schallerbach – GTS-NABE).	
<b>Einzugsermächtigung betreffend Kind</b> _____ (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	
<b>Datum</b>	<b>Unterschrift:</b>

<b>Von der Einrichtungsleitung auszufüllen</b>			
Einrichtung / Kostenstelle		Bearbeiter / FSZ	
Datum		Nachricht bis	
<b>Kontakt:</b> <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
<b>Rechnungsdaten</b>			
<b>Rechnungsempfänger Elternbeitrag</b>			
Monatlicher Betrag (€)		Zahlungsart	
<b>Rechnungsempfänger Essensbeitrag</b>			
Monatlicher Betrag (€)		Zahlungsart	