

Schuleinschreibung

KIND

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------------|
| Zuname: | | | | | | | | |
| Vorname: | | | | | | | | |
| Geburtsdatum: | | | | | | | | |
| Geburtsort: | | | | | | | | |
| Staatsbürgerschaft: | | | | | | | | |
| Erstsprache: | | | | | | | | |
| Religionsbekenntnis: | | | | | | | | |
| Adresse: | | | | | | | | |
| Sozialversicherungsnummer: des Kindes | Sozialversicherung: z.B.: BVA, NÖGKK | | | | | | | |
| mitversichert bei: | | | | | | | | |
| Pflegestufe: | <input type="radio"/> JA, Stufe: _____ | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> Wickelkind | | | | | |
| Nachmittagsbetreuung - Interesse/Bedarfserhebung: | <input type="radio"/> Mo | <input type="radio"/> Di | <input type="radio"/> Mi | <input type="radio"/> Do | <input type="radio"/> Fr | =>Anzahl Tage: _____ | => Anmeldung mitgeben! | <input type="radio"/> NEIN |
| Schultransport: | <input type="radio"/> JA => Bitte setzen Sie sich mit Nusmir Besic in Verbindung: 0664 54 70 174 | | | | | | <input type="radio"/> NEIN | |
| Frühbetreuung (ab 7:00) | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN | | | | | | |
| Impfungen: | | | | | | | | |
| Allergien, Unverträglichkeiten: | | | | | | | | |
| Medikamente: | | | | | | | | |
| | Müssen Medikamente während der Schulzeit eingenommen werden: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | | | | | | | |
| Mama-Tätigkeiten | | <input type="radio"/> JA, wenn sich mein Kind eine kleine Verletzung oder ähnliches zuzieht, stimme ich zu, dass mein Kind eine "mamaliche Erstversorgung" (Vereinbarung auf Allgemeinwissen beruhende Tätigkeit - § 66b Abs. 2 Z 1 SchUG) von Personal der Schule erhalten darf. Zum Beispiel: Wunde reinigen, desinfizieren, Pflaster, Zecken entfernen etc. => Formular mitgeben! | | | | | | |
| | | <input type="radio"/> NEIN | | | | | | |
| Impfungen: | | | | | | | | |
| Beeinträchtigungen: | | | | | | | | |
| Diagnosen/Befunde: | | | | | | | | |
| Gibt es etwas, das Sie uns mitteilen möchten? | | | | | | | | |
| Diversitätsmanager/In: | | | | | | | | |
| Kindergartenbesuch: seit wann, wo | | | | | | | | |
| Schulbesuch: seit wann, wo | | | | | | | | |
| Geschwisterreihe: mit Geburtsjahr | | | | | | | | |

Ort, Datum und Unterschrift

Bitte umblättern!

Seite 2 bitte unterschreiben - DANKE!

Schuleinschreibung

ELTERN

| | |
|--|--|
| Vater: | erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zuname: | |
| Vorname: | |
| Geburtsname: | |
| Sozialversicherung und Sozialversicherungsnummer: | |
| Beruf: | |
| Adresse: | |
| Telefonnummer: | darf die Telefonnummer an den KV weitergegeben werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| E-Mail: | <input type="checkbox"/> für SCHOOLFOX verwenden |
| Unterschrift: | |
| Mutter: | erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zuname: | |
| Vorname: | |
| Geburtsname: | |
| Sozialversicherung und Sozialversicherungsnummer: | |
| Beruf: | |
| Adresse: | |
| Telefonnummer: | darf die Telefonnummer an den KV weitergegeben werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| E-Mail: | <input type="checkbox"/> für SCHOOLFOX verwenden |
| Unterschrift: | |
| im Falle eines BlackOut: Telefonnummer - sowie Adresse in der Nähe des Wohnortes wo das Kind abgegeben werden darf. | |
| Bitte ankreuzen! | |
| <input type="checkbox"/> Wir sind eine SCHOOLFOX-Schule . Ich stimme der Verarbeitung meiner Daten durch Schoolfox zu und werde mich um die Einrichtung und Installation kümmern. Informationen wie Telefonnummer, Adresse werde ich in Schoolfox aktuell halten. <input type="checkbox"/> Ich stimme der Weitergaben von Informationen an den gesetzlichen Schulerhalter zu. <input type="checkbox"/> Ich stimme dem Informationsaustausch mit dem KiGa oder der vorherigen Schule zu. | |
| Nur ausfüllen z.B. bei Scheidung, Pflegekind, etc. | |
| gesetzlicher Vormund: | |
| Datum: | |
| Behörde: | |
| Zahl: | |

Ort, Datum und Unterschrift

Bitte umblättern!
Seite 1 bitte unterschreiben - DANKE!