

BEDARFSMELDUNG für Tagesbetreuung

Langstempel der Schule

Es wird darauf hingewiesen, dass die Schule KEINE PLATZZUSAGEN machen kann.

Vorname des Kindes: _____	Nachname des Kindes: _____
Adresse: _____	Geburtsdatum: _____

1. Erziehungsberechtigte/r Name: _____ Tel.: _____ <input type="checkbox"/> AlleinerzieherIn <input type="checkbox"/> berufstätig (Arbeitgeber / Adresse / Telefonnummer) _____ <input type="checkbox"/> in Ausbildung (z.B.: Studium, AMS) <input type="checkbox"/> sonstiges	2. Erziehungsberechtigte/r Name: _____ Tel.: _____ <input type="checkbox"/> berufstätig (Arbeitgeber / Adresse / Telefonnummer) _____ <input type="checkbox"/> in Ausbildung (z.B.: Studium, AMS) <input type="checkbox"/> sonstiges
--	---

Mein Kind besucht derzeit einen	<input type="checkbox"/> städtischen	<input type="checkbox"/> privaten Kindergarten
---------------------------------	--------------------------------------	--

Ich bevorzuge für mein Kind folgende Einrichtung (Bitte den Standort angeben!)

Schule mit schulischer Tagesbetreuung: <input type="checkbox"/> Ganztagschule* <input type="checkbox"/> Offene Schule*	(Adresse) _____ <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> Ein Geschwisterkind besucht diese Schule. Klasse im SJ 2011/12 eintragen: _____
Schule ohne schulische Tagesbetreuung: <input type="checkbox"/> Lern- und Freizeitklub* <input type="checkbox"/> städtischer Hort* <input type="checkbox"/> private Betreuungseinrichtung für Schulkinder*	(Adresse) _____ <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> Ein Geschwisterkind besucht diese Schule. Klasse im SJ 2011/12 eintragen: _____
<input type="checkbox"/> Integrationshort	(Adresse) _____ <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> Ein Geschwisterkind besucht bereits diesen Hort <input type="checkbox"/> Mein Kind ist bereits in dieser privaten Betreuungseinrichtung für Schulkinder angemeldet/vorangemeldet *

* Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. streichen

Betreffend Schulstandort bzw. Tagesbetreuung		(Zutreffendes bitte ankreuzen)
Sollte trotz Bemühungen der Stadt Wien, in Verbindung mit dem Schulplatz kein Betreuungsplatz angeboten werden können, erkläre ich, dass mir der Betreuungsplatz wichtiger ist als der bevorzugte Schulstandort.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	

Ich/Wir bestätige/n die Richtigkeit obiger Angaben¹:

Wien, am _____

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Anmerkungen der Schulleitung:

¹ Durch die Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten wird das Einverständnis zur Weitergabe und Verarbeitung der Daten an die Magistratsabteilung 10 und an die „Wiener Kinder- und Jugendbetreuung“, ausschließlich zum Zwecke der Bereitstellung eines Betreuungsplatzes, gegeben.

Liebe Eltern !

Wir bitten Sie, das Formular und wenn gewünscht den Abbuchungsauftrag für Lastschriften auszufüllen und bis _____ in der Schule abzugeben.

BITTE DEUTLICH IN BLOCKSCHRIFT SCHREIBEN !!!!

Name des Kindes		Geb. Datum	Klasse
PLZ	Anschrift		

Name d. Zahlungsverpflichteten		Geb. Datum	
PLZ	Anschrift		

ABBUCHUNGSauftrag für Lastschriften

JA
NEIN

Bitte beachten Sie folgende Mitteilung:

Sollte sich Ihre Bankverbindung ändern, sind Sie verpflichtet, diese Änderung sofort bekannt zu geben !
Ist das Konto nicht gedeckt, fallen ca. EUR 6,- für die Rückbuchung an. Ebenso sind Adressänderungen zu melden. Bitte füllen Sie alles aus, auch wenn Sie derzeit über einen Freiplatz verfügen. Achten Sie auf termingerechte Abgabe der Ermäßigungen, da kurzfristige Änderungen nicht mehr möglich sind !

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und die Kenntnisnahme der Mitteilung:

Datum: _____

Unterschrift: _____



**Ganztagsvolksschule
Wohnpark Alt-Erlaa**
1230 Wien, Anton- Baumgartner- Straße 44/ I

Tel +43 1 667 77 34 Direktion
Tel +43 1 667 80 54 Lehrerzimmer
Fax +43 1 667 77 34
E-Mail office@gtvs-alterlaa.at
Web www.gtvs-alterlaa.at

NOTFALLADRESSEN

Nachname des Kindes		Vorname		Geburtsdatum		Klasse	
Adresse/Straße		Ort		Postleitzahl		Versicherungs Nr.	
Mitversichert bei (Nachname und Vorname)		Geburtsdatum		Vers.-Anstalt		Versicherungs Nr.	
Nachname des Erziehungsberechtigten				Vorname			
E-Mail - Adresse							
Tel.Nr. privat		Handy			Tel.Nr. Arbeit		
Nach dem Unterricht		geht mein Kind alleine nach Hause. <input type="checkbox"/> wird mein Kind abgeholt. <input type="checkbox"/>					
Bei meinem Kind bestehen folgende Allergien:						<input type="checkbox"/> keine	
Im Notfall dürfen meinem Kind Kalium-Jodid-Tabletten verabreicht werden:				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Bilder, auf denen mein Kind zu sehen sind, im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Homepage, Zeitung) zur Ansicht gelangen.						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum der letzten Tetanusimpfung:							
Datum der letzten Zeckenimpfung:		Die Verantwortung hinsichtlich eines wirksamen Schutzes gegen FSME liegt bei den Erziehungsberechtigten.					
Sollte ich im Notfall nicht erreichbar sein, soll eine der folgenden Personen verständigt werden, diese sind auch berechtigt mein Kind von der Schule abzuholen:							
Name		Verwandtschafts- verhältnis		Tel.Nr.		Tel.Nr.	
1.							
2.							
3.							

Ich bin darüber informiert, dass ich verpflichtet bin Änderungen, **insbesondere von Telefonnummern**, der Schule sofort mitzuteilen.

Soll mein Kind ausnahmsweise von anderen Personen (als den hier angegebenen) abgeholt werden, werde ich die KlassenlehrerInnen darüber vorher schriftlich informieren.

Datum:

.....
Unterschrift des Erziehungsberechtigten



Ganztagsvolksschule Wohnpark Alt-Erlaa

1230 Wien, Anton- Baumgartner- Straße 44/ I

Tel +43 1 667 77 34 Direktion
Tel +43 1 667 80 54 Lehrerzimmer
Fax +43 1 667 77 34
E-Mail office@gtvs-alterlaa.at
Web www.gtvs-alterlaa.at

WEITERE EVIDENZ-DATEN ZUR SCHULEINSCHREIBUNG

Vorname NACHNAME des Kindes	Geburtsort	Geburtsstaat
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wird wahrscheinlich am Religionsunterricht teilnehmen.	Religionsbekenntnis	Staatsbürgerschaft
Muttersprache	Sonstige Sprachkenntnisse des Kindes	
Vorname NACHNAME der Erziehungsberechtigten (Mutter) Adresse, falls von der Wohnadresse des Kindes abweichend!	Beruf / Bedarf an schulischer Tagesbetreuung	
Vorname NACHNAME des Erziehungsberechtigten (Vater) Adresse, falls von der Wohnadresse des Kindes abweichend!	Beruf / Bedarf an schulischer Tagesbetreuung	
Hat ihr Kind eine Hörbeeinträchtigung?	Hat ihr Kind eine Sehbeeinträchtigung?	
Hat ihr Kind eine Sprachbeeinträchtigung?	Hat ihr Kind sonstige Beeinträchtigungen, welche?	
Andere Mitteilungen, die für die Schule wichtig sind!		
Besondere Wünsche, z.B. von welchem LehrerInnenteam das Kind betreut werden soll. Die von Ihnen geäußerten Wünsche werden nach Möglichkeit berücksichtigt, können aber nicht garantiert werden.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Geschwister (Name, Geburtsjahr)	Geschwister (Name, Geburtsjahr)	
..... Mein Kind besuchte den Kindergarten (Bitte Adresse und Telefonnummer angeben!)		
<input type="checkbox"/> länger als 3 Jahre	<input type="checkbox"/> 3 Jahre	<input type="checkbox"/> 2Jahre <input type="checkbox"/> 1Jahr
Ich bin damit einverstanden, dass die Schule mit dem Kindergarten Kontakt aufnimmt und Informationen über mein Kind einholt.		

Datum:

.....
Unterschrift des Erziehungsberechtigten