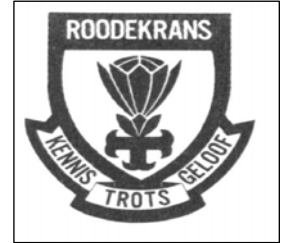


LAERSKOOL ROODEKRANS TOELATINGSVORM – 2009



(NB! VIR ELKE LEERDER MOET 'N VORM INGEVUL WORD EN DIE VORM MOET ASSEBLIEF IN DRUKSKRIF VOLTOOI WORD)

A. BESONDERHEDE VAN LEERDER

VAN: _____ NOEMNAAM: _____

VOORNAME: _____

I.D. NOMMER: _____ GESLAG: (M / V)

GEBOORTEDATUM (j/m/d) ____/____/____ HUISTAAL: _____

POSISIE IN GESIN ____ UIT 1,2,3 (KIND) **GRAAD IN (2009)** _____

NAAM VAN ANDER KIND/ERS IN LAERSKOOL ROODEKRANS

NAAM: _____ GR. _____ NAAM: _____ GR. _____

VORIGE SKOOL/KLEUTERSKOOL (indien nuut hier) _____

B. BESONDERHEDE VAN OUERS

(Maak slegs 'n kruisie waar van toepassing)

BEIDE OUERS		PA IS 'N WEWENAAR	
OUERS GESKEI – WOON BY PA		MA IS 'N WEDUWEE	
OUERS GESKEI – WOON BY MA		ENKELOUER, NOG NOOIT GETROUD	
STIEFMA		VOOG	
STIEFPA		WEESKIND	
AANGENOME KIND		WETLIKE PLEEGSORG	

C. GESINSBESONDERHEDE

BESONDERHEDE VAN PA:

VAN EN VOORLETTERS: _____

ID NOMMER: _____ BEROEP: _____

WERKGEWER: _____

WOONADRES: _____ POSADRES: _____

KODE: _____ KODE: _____

TELNO. (H) _____ (W). _____

SELFOON: _____ (FAKS). _____

E-POS ADRES: _____

BESONDERHEDE VAN MA:

VAN EN VOORLETTERS: _____
ID NOMMER: _____ BEROEP: _____
WERKGEWER: _____
WOONADRES: _____ POSADRES: _____

KODE: _____ KODE: _____
TELNO. (H) _____ (W). _____
SELFOON: _____ (FAKS). _____
E-POS ADRES: _____

(INDIEN ENIGE VAN BG. INLIGTING VERANDER STEL ASB. DADELIK DIE KANTOOR IN KENNIS)

KONTAKPERSOON (ANDERS AS OUERS) IN GEVAL VAN NOOD:

NAAM: _____ SELFOON: _____
TELNR. (H) _____ (W) _____

D. MEDIESE GESKIEDENIS

(VERPLIGTEND: STUUR ASB. AFSCRIF VAN GEBOORTESERTIFIKAAT EN KLINIEKKAART VIR GR. R EN 1)

1. Het u kind al die voorskoolse inenting ontvang? JA / NEE
2. Het u kind middeloorontsteking gehad? JA / NEE Indien ja wanneer: _____
3. Enige ernstige siekte, bv. asma/oorerflike siektes: _____
4. Kroniese siekte? _____
5. Waarvoor is u kind **allergies**? _____

E. BUITEMUURSE AKTIWITEITE

1. Ek gee hiermee toestemming dat my seun/dogter aan buitemuurse aktiwiteite van die skool mag deelneem en toere en uitstappies mag meemaak wat vir die beoefening daarvan nodig is.
2. Ek aanvaar dat alle redelike voorsorg getref word vir die veiligheid van my kind en dat ek verantwoordelik gehou sal word vir die betaling van mediese en/of hospitaalrekeninge indien van toepassing, in geval van 'n besering wat nie aan die nalatigheid van die verantwoordelike personeel toegeskryf kan word nie.
3. Ek dra my magtiging as ouer/voog oor aan die hoof van die skool of sy verteenwoordigter, indien mediese behandeling/chirurgiese ingreep vir my kind nodig mag wees. Sover ek weet, is hy/sy fisies in staat om aan aktiwiteite deel te neem en verkeer hy/sy in goeie gesondheid.
4. Ek versoek egter dat die verantwoordelike persone op die bogenoemde mediese geskiedenis sal let.

NAAM VAN MEDIESE FONDS: _____
MEDIESEFONDSNO. _____ HOOFID: _____
HUISDOKTER: _____ TELNO.: _____

HANDTEKENING VAN OUER/VOOG

DATUM

Inskrywingsnommer: _____ Toelatingsnommer: _____ Rekeningnommer: _____