

LAERSKOOL ROODEKRANS TOELATINGSVORM 2012



(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 WAARVOOR INGESKRYF WORD:** _____

VORIGE SKOOL/KLEUTERSKOOL (indien nuut hier) _____

NAAM VAN ANDER KIND/ERS IN LAERSKOOL ROODEKRANS

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

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	

Kerkverband: _____

C. GESINSBESONDERHEDE (Albei ouers se inligting MOET verskaf word)

BESONDERHEDE VAN OUER VERANTWOORDELIK VIR SKOOLGELD: (Mnr / Mev / Dr / Ander _____)

VAN EN VOORLETTERS: _____

ID NOMMER: _____ BEROEP: _____

WERKGEWER: _____

WERKADRES: _____

WOONADRES: _____ POSADRES: _____

KODE: _____ KODE: _____

TELNO. (H) _____ (W). _____

SELFOON: _____ (FAKS). _____

E-POS ADRES: _____

BESONDERHEDE VAN TWEDE OUER: (Mnr / Mev / Dr / Ander _____)

VAN EN VOORLETTERS: _____

ID NOMMER: _____ BEROEP: _____

WERKGEWER: _____

WERKADRES: _____

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. AFSKRIF VAN GEBORTESERTIFIKAAT EN KLINIEKKAART VIR GR. R EN 1)

1. Het u kind al die voorskoolse inenting ontvang? JA / NEE
2. Het u kind middelloorontsteking 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 verteenwoordiger, 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. _____ HOOFLID: _____

HUISDOKTER: _____ TELNO.: _____

HANDTEKENING VAN OUER/VOOG

DATUM