

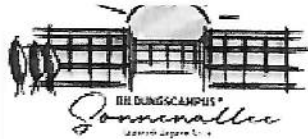
### STAMMBLATT SCHÜLER\*IN Mittelschule

Familienname	Vorname	Geschlecht
Sozialversicherungsnummer	geboren am	
Geburtsort	Geburtsstaat	
Staatsbürgerschaft	Religionsbekenntnis	
Erstsprache	sonstige Sprachen	
Adresse des Kindes		
<b>Daten Mutter</b>		
Vor- und Nachname	Geburtsdatum	Erziehungsb. oJa oNein
Adresse	Sozialversicherungsnummer	Abholberechtigt oJa oNein
Telefonnummer	E-Mail	selber Wohnsitz oJa oNein
<b>Daten Vater</b>		
Vor- und Nachname	Geburtsdatum	Erziehungsb. oJa oNein
Adresse	Sozialversicherungsnummer	Abholberechtigt oJa oNein
Telefonnummer	E-Mail	selber Wohnsitz oJa oNein
<b>Daten anderer Erziehungsberechtigter</b>		
Vor- und Nachname	Geburtsdatum	Erziehungsb. oJa oNein
Adresse	Sozialversicherungsnummer	Abholberechtigt oJa oNein
Telefonnummer	E-Mail	selber Wohnsitz oJa oNein
<b>Daten anderer Erziehungsberechtigter</b>		
Geschwisterkind Schule?	Allergien Lebensmittel	
Geschwisterkind Kindergarten?	sonstige Allergien	
Essensauswahl (nur eines ankreuzen)	Anmerkungen	
<input type="checkbox"/> Vegetarisch		
<input type="checkbox"/> Schweinefleischfrei		
<input type="checkbox"/> darf alles essen		

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Datum

# NOTFALLDATENBLATT



Klasse: \_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie alle Felder **LESERLICH** und **VOLLSTÄNDIG** aus!

**Wichtig:** Alle Informationen werden vertraulich behandelt und sind nur für den Notfall gedacht.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer des Kindes: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigt:

beide Elternteile  Mutter  Vater  andere: \_\_\_\_\_

## Mutter

Nachname: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer  
nur eintragen, wenn das Kind mitversichert ist:

Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_

Telefon/privat; Telefon/Arbeitsplatz:

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

## Vater

Nachname: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer  
nur eintragen, wenn das Kind mitversichert ist:

Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_

Telefon:

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

## Weitere Kontaktpersonen, die im Notfall verständigt werden sollen (Großeltern, Nachbar, Tante/Onkel,...):

Name und genaue Angaben (Tante, Nachbar, Oma, Opa,...)

Telefon

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

## Wichtige Informationen für den Notfall:

Bei meinem Kind bestehen folgende Allergien:

keine

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen sofort zu melden.

Adressänderungen bitte immer SOFORT mit Beilage eines Meldezettels mitteilen.

Datum: .....

Unterschrift: .....

Schulkennzahl:

Mollardgasse 87/HP  
1060 Wien  
Tel.: +43 1 59916 95010  
Fax: +43 1 59916 99 95010  
E-Mail: post@ma56.wien.gv.at  
www.schulen.wien.at

\*) Daten mit Eingabe in WiSion verglichen JA

**Datenerhebung und Zustimmung zum SEPA Lastschrift Mandat  
für Tagesbetreuungskosten oder Pauschalbeträge**

BITTE DEUTLICH IN BLOCKSCHRIFT SCHREIBEN !!!!

\*) Daten d. Kindes: Adresse mit Meldezettel verglichen JA

Familiennamen	Vorname	Geb. Datum	Klasse
PLZ	Anschrift		

\*) Daten d. Zahlungsverpflichteten:

Familiennamen	Vorname	Geb. Datum	
PLZ	Anschrift		
Kontakt (Telefon, Fax, E-Mail)			

Zustimmung zum SEPA Lastschrift Mandat: JA  NEIN

IBAN	
BIC	
KontoinhaberIn	

Mandatsreferenz

Eintragung nur durch Behörde

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Magistrat der Stadt Wien (CID AT03MAG00000009679), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Magistrat der Stadt Wien auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie: Meine/Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, dass ich/wir von meinem/unserem Kreditinstitut erhalten kann/können. Vertragsrechtliche Gründe der Banken verpflichten den Zahlungsempfänger das Lastschrift-Mandat mit der Originalunterschrift aufzubehalten.

\*) Daten d. RECHNUNGSEMPFÄNGERS (wenn nicht ident mit Zahlungsverpflichteten)

**!! Achtung !! in diesem Fall ist kein Einziehungsauftrag möglich**

Familiennamen	Vorname	Geb. Datum	
PLZ	Anschrift		
Kontakt (Telefon, Fax, E-Mail)			

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

SCHULE / SCHULADRESSE

Sonnenallee 116, 1220 Wien

Schulkennzahl: 922182

**verbindliche Anmeldung zur SPÄTBETREUUNG bzw. JAUSE**

BITTE DEUTLICH IN BLOCKSCHRIFT SCHREIBEN !!!!

Ich

FAMILIENNAME	VORNAME	GEB.DATUM
d. Erziehungs- bzw. Obsorgeberechtigten	d. Erziehungs- bzw. Obsorgeberechtigten	d. Erziehungs- bzw. Obsorgeberechtigten

melde meine Tochter / meinen Sohn

FAMILIENNAME	VORNAME	GEB.DATUM	KLASSE
der Schülerin / des Schülers	der Schülerin / des Schülers	Schülerin / Schüler	Schülerin / Schüler

<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--

<input checked="" type="checkbox"/>	<u>verbindlich</u> zur JAUSE für dieses Schuljahr
Kosten	EUR 324,-- zahlbar in <u>drei</u> Teilbeträgen zu je EUR 108,--

an.

Da es sich um Pauschalbeiträge handelt, ist eine Rückverrechnung nicht möglich!

Von der Bezahlung der genannten Pauschalbeträge sind Bezieherinnen und Bezieher einer Mindestsicherung, Ausgleichszulage oder einer Grundversorgung befreit. Den entsprechenden Nachweis des Bezugs (Bescheid oder Bestätigung) muss im Zuge der Anmeldung zu Schul- bzw. Semesterbeginn bei der Schulleitung vorgelegt werden.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten/  
Obsorgeberechtigten

## Jause & Mittagessen

Klasse:

Nachname:
Vorname:

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Darf alles essen
- Kein Schweinefleisch
- Vegetarisch (kein Fleisch, kein Fisch)

Gegen Vorlage einer ärztlichen Bestätigung können folgende Menüs bestellt werden:

- Laktosefrei
  - Milchfrei
  - Glutenfrei
  - Allergie/Unverträglichkeiten gegen:
- 

---

Datum

Unterschrift

Name des Erziehungsberechtigten

Bildungscampus Liselotte Hansen-Schmidt  
Sonnenallee 116, 1220 Wien  
Mittelschule, Schulkennzahl: 922182  
T: 01/4000 564220  
M: [direktion.922182@schule.wien.gv.at](mailto:direktion.922182@schule.wien.gv.at)



Wien, Februar 2024

Sehr geehrte Eltern! Sehr geehrte Erziehungsberechtigte!

## **WLAN im Schulbetrieb**

**Grundsätzliches:** In der Schule gibt es einen offenen WLAN Zugang, den Ihre Tochter/ Ihr Sohn für schulische Zwecke nutzen darf.

### **Dazu gelten folgende Vereinbarungen:**

1. Das WLAN darf nur nach Aufforderung der Lehrperson genutzt werden, wenn diese anwesend ist
2. **Folgende Inhalte sind verboten:**
  - a. Inhalte die gegen geltende Gesetze zum Schutz vor Pornografie, Gewaltdarstellung, Volksverhetzung, Menschenverachtung verstoßen oder zu Strafdaten anleiten.
  - b. Inhalte, die gegen das Jugendschutzgesetz oder Urheberrechte verstoßen.
  - c. Inhalte die dazu geeignet sind, einzelne Mitglieder der Schulgemeinde oder die gesamte Schulgemeinde zu schädigen.
3. Das Herunterladen, Hinaufladen und Nutzen von urheberrechtlich bzw. persönlichkeitsrechtlich geschützter Musik, Filmen, Programmen, Fotos etc. darf ohne Zustimmung der Urheber/innen bzw. Rechteinhaber nicht erfolgen.
4. Kommunikation in sozialen Netzwerken (E-Mail, Whats-App, Facebook, Instagram, weiteren Foren oder Chats,.....) ist in der Schule verboten.

---

### **Kenntnisnahme WLAN Vereinbarung**

:

---

Name der Schülerin/des Schülers

---

Klasse

---

Datum

Ich habe die Vereinbarungen zur Nutzung des WLAN Zugangs im Schulbetrieb zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

---

Unterschrift Erziehungsberechtigter

---

Unterschrift Schüler/in



Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

## Zustimmungserklärung

Ich nehme davon Kenntnis, dass im Unterricht der Schule und im Rahmen von schulischen Arbeitsgemeinschaften und Projekten Bild-, Ton- und Filmaufnahmen von und mit Schülerinnen und Schülern gemacht werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse dieser Aktivitäten (Foto-, Film-, Video- und Tonaufzeichnungen), auf denen meine Tochter / mein Sohn klar zu erkennen ist, im Rahmen schulischer Veranstaltungen und für schulische Zwecke, insbesondere in Publikationen wie Schülerzeitung, Jahresbericht, Schulchronik, Homepage der Schule, Social Media Seiten (z.B. Facebook oder Instagram) Projekthomepage, Tage der offenen Tür, Videofilmen und Multimedia-Produktionen der Schule veröffentlicht werden.

- Ich bin damit einverstanden
- Ich bin damit **NICHT** einverstanden

Datum & Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärungen

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

Bitte zutreffendes ankreuzen	Einverstanden	Nicht Einverstanden
Terminkalender Schuljahr 2025/2026 Hiermit bestätige ich, dass ich die Terminliste für das Schuljahr 2025/26 gelesen und zur Kenntnis genommen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotogenehmigung Hiermit stimme ich zu, dass bei Schulveranstaltungen Foto-, Film-, Video- und Tonaufzeichnungen von meinem Kind gemacht werden dürfen und diese zu folgenden Zwecken verwendet werden dürften: Verarbeitung und Nutzung der Fotoaufnahmen zu journalistischen Zwecken Kommunikations- und Öffentlichkeitsarbeit am Bildungscampus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personenbezogene Daten Hiermit bin ich einverstanden, dass personenbezogene Daten wie Name der Schülerin/des Schülers, Adresse oder Geburtsdaten lediglich für Schul- und Organisationszwecke wie Bus- und Klassenlisten, Schulfotograf oder Ausflüge teilweise bzw. vollständig verarbeitet werden dürfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gabe von Kaliumjodid-Tabletten Hiermit erteile ich die Einwilligung, dass meine Tochter / mein Sohn nach Aufforderung der Gesundheitsbehörde im Katastrophenfall Kaliumjodid-Tabletten einnehmen darf, und bestätige meinerseits somit, dass keine Unverträglichkeiten bekannt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsbogen Hiermit erteile ich meine Einwilligung, dass der Gesundheitsbogen meiner Tochter / meines Sohnes von der bisherigen Volksschule an die MS Sonnenallee übermittelt werden darf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information: Widerruf Der/Die Erziehungsberechtigte hat stets die Berechtigung, die Einwilligung zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bisherigen Datenverarbeitung nicht berührt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_