



## Anmeldeformular Schulische Nachmittagsbetreuung Schuljahr 2023/24

(Abgabe bis zum **15. August 2023** via Mail an  
[s411211@schule-ooe.at](mailto:s411211@schule-ooe.at) &  
[nabe.stgeorgengusen@kinderfreunde.cc](mailto:nabe.stgeorgengusen@kinderfreunde.cc) )

Bitte mit schwarzem Stift ausfüllen!

Einrichtung	GTS St. Georgen an der Gusen (VS)
-------------	-----------------------------------

### Angaben zum Kind:

Name					
Adresse					
Geburtsdatum		SV-Nummer		Religion	
Muttersprache		Staatsbürgerschaft		Klasse	

### Angaben zur Mutter:

### Angaben zum Vater:

Erziehungsberechtigte ja  nein

Erziehungsberechtigter ja  nein

Name		
Adresse		
Geburtsdatum		
SV-Nummer		
Familienstand		
E-Mail		
Tel.-Nummer		
Arbeitgeber		
Tel. Arbeitgeber*		

\* telefonische Erreichbarkeit am Nachmittag eventuell über Arbeitgeber

Wird das Kind abgeholt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Das Kind darf ab ..... Uhr die Einrichtung selbstständig verlassen.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Änderungen bitte immer schriftlich der NABE Leitung und der Direktion mitteilen!

Direktion: E-Mail: s411211@schule-ooe.at

NABE: E-Mail: nabe.stgeorgengusen@kinderfreunde.cc



**Familienzentren GmbH**  
**der OÖ Kinderfreunde**

Mein Kind wird die Einrichtung zu folgenden Zeiten besuchen		
Montag	bis	
Dienstag	bis	
Mittwoch	bis	
Donnerstag	bis	
Freitag	bis	
<b>Allergien (ärztliches Attest erforderlich!)</b>		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Außer mir, dem Unterzeichnenden des Anmeldeformulars, dürfen folgende Personen mein Kind abholen:

Name		Telefon	
Name		Telefon	
<b>Darf das Kind von jemandem nicht abgeholt werden? Ja <input type="checkbox"/> Name:</b>			

Die **Betreuung/Aufsichtspflicht** dauert bis **16.00 Uhr (Mo-Do)** und wird nur an **Schultagen angeboten!**

Freitags endet die Betreuung/Aufsichtspflicht um 14.45 Uhr.

Beginn: 1. Schulwoche- ab Mittwoch

Ende: Donnerstag der letzten Schulwoche

Ich melde mein Kind für das Schuljahr 2023/24 zur schulischen Nachmittagsbetreuung an:

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

## Tarife:

Die Tarife sind sozial gestaffelt und orientieren sich am Familienbruttoeinkommen gemäß Tarifordnung (siehe Anlage). Wenn keine Einkommensunterlagen vorgelegt werden bzw. keine Unterlagen, die zur Kenntnis genommen werden können, wird der Höchstbeitrag verrechnet.

**An- und Abmeldungen sind nach Schulbeginn erst wieder mit Semesterende möglich.**

Mittagessen: Die Anmeldung erfolgt über das Programm Mensa Max.

Weitere Details entnehmen Sie bitte der Tarifordnung gemäß GR-Beschluss.

Änderungen bitte immer schriftlich der NABE Leitung und der Direktion mitteilen!

Direktion: E-Mail: s411211@schule-ooe.at

NABE: E-Mail: nabe.stgeorgengusen@kinderfreunde.cc



**Familienzentren GmbH**  
der OÖ Kinderfreunde

<b>Einzugsermächtigung betreffend Kind _____</b> <b>(Vor- und Nachname des Kindes angeben!)</b>			
Ich, _____ ermächtige hiermit die Familienzentren GmbH der OÖ Kinderfreunde, die oben angeführten Beträge monatlich von meinem Konto abzubuchen. Es gelten die „Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Österreichischen Kreditunternehmen“ in ihrer letztgültigen Fassung. Die Kosten für etwaige Bankspesen für nicht eingelöste Bankeinzüge (bei Verschulden den Kunden) sind vom Kunden zu tragen.			
Kontoinhaber			
Name der Bank			
IBAN:		BIC:	
<input type="checkbox"/> Bitte senden Sie mir monatlich eine Rechnung über den abgebuchten (die Rechnungen werden vorrangig per Mail an die angegebene Adresse versendet) <input type="checkbox"/> Ich benötige keine Rechnung			

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

## Wichtige Informationen zu Ihrem Kind - Gesundheitliche Informationen

Hausarzt des Kindes		Tel.:	
Adresse			
Erhaltene Impfungen (Tetanus, FSME,...)			
Infektionskrankheiten (wie Masern, Röteln)			
Bestehende Allergien			
Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen (In diesem Fall sprechen Sie bitte mit der LeiterIn! Es geht um die Sicherheit Ihres Kindes!)			
Aktuelle Befunde (Entwicklungsverzögerungen, Defizite)			
<b>Kaliumjodid-Tabletten</b>			
<input type="checkbox"/> Ja, ich erteile die Bewilligung, meinem Kind im Katastrophenfall nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodid-Tabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen gegen die Einnahme von Kaliumjodid-Tabletten bekannt sind. Das entsprechende Merkblatt für die Eltern habe ich gelesen.			
<input type="checkbox"/> Nein, ich erteile diese Berechtigung nicht.			
Mein Kind darf im Gebäude barfuß laufen		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
im Garten barfuß laufen		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos meines Kindes, die während der Betreuung gemacht wurden, für Berichte über die Einrichtung und für die Homepage der Schule verwendet werden dürfen. Ich stimme zu, dass die angegebenen Daten EDV unterstützt verarbeitet werden dürfen und an das Amt der Oö. Landesregierung und an die Wohnsitzgemeinde übermittelt werden dürfen. Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.

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

Familienzentren GmbH der OÖ Kinderfreunde

Wiener Straße 131 • 4020 Linz • Tel: 0732/77 30 11 • Fax: 0732/77 30 11-10 • Email: familienzentren.ooe@kinderfreunde.cc • www.kinderfreunde.cc •

ZVR-Zahl: 746050741 • IBAN AT 81 5400 0000 0041 3104 (BIC OBLAAT2L)