



# wattens

Anmeldung Schülerhort

STAMMDATENBLATT

Schuljahr 2023/2024

KIND		
Familienname:	Vorname:	männlich/weiblich
Staatsbürgerschaft:	Religion:	Geburtsort:
Geburtsdatum:	Erstsprache:	Schule, Klasse, LehrerIn:
Sozialversicherungsnummer:	Zweitsprache:	Geschwisteranzahl:
Adresse:	Plz / Ort:	

MUTTER		
Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum: Sozialvers.nr:
Staatsbürgerschaft:	Religion:	Erstsprache:
Dienstgeber: Beruf:	Vollzeit: Teilzeit: (bitte die Wochenstunden angeben)	Alleinerzieherin: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Sorgerecht/Erziehungsermächtigt: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Adresse:	Tel. privat: Tel. Arbeit: E-Mail:	Abholberechtigt: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN

Vater		
Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum: Sozialvers.nr:
Staatsbürgerschaft:	Religion:	Erstsprache:
Dienstgeber: Beruf:	Vollzeit: Teilzeit: (bitte die Wochenstunden angeben)	Alleinerzieherin: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Sorgerecht/Erziehungsermächtigt: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Adresse:	Tel. privat: Tel. Arbeit: E-Mail:	Abholberechtigt: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN

**NOTFALL – KONTAKTDATEN (bitte hier nur Namen und Nummern jener Personen eintragen, die ihre Zustimmung über die Weitergabe dieser Daten an den Schülerhort gegeben haben):**

<b>Familien- und Vorname:</b>	<b>Bezug zum Kind: (Familie, Freunde)</b>	<b>Telefonnummer:</b>	<b>Infoaustausch erlaubt? Ja oder Nein</b>	<b>Darf Kind abholen? Ja oder Nein</b>

**RECHNUNGSEMPFÄNGER**

Name:

**BISHERIGE ENTWICKLUNG & MEDIZINISCHE INFORMATIONEN**

Gab es Besonderheiten in der Entwicklung Ihres Kindes, die wir wissen sollten?

Hat Ihr Kind Allergien / Krankheiten / Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

Ist bei der Ernährung (Mittagessen, Jause, Feste) Ihres Kindes noch etwas zu beachten?

Braucht Ihr Kind besondere Medikamente?

Dürfen wir bei kleineren Verletzungen ein Pflaster verwenden? O JA \_\_\_\_\_ O NEIN

Dürfen wir einen Holzschiefer entfernen? O JA \_\_\_\_\_ O NEIN

Behandelnder Arzt/Hausarzt:

**EINVERSTÄNDISERKLÄRUNG bzw. KENNTNISNAHME**

Ich verpflichte mich, Änderungen der persönlichen Daten wie Telefonnummer, Anschrift, Dienstverhältnis usw. und ansteckende Krankheiten sofort im Schülerhort bekannt zu geben.

Ich habe die 6-seitige Datenschutzerklärung (bei der Erstanmeldung) erhalten.

Ich habe die dreiseitige Schülerhortordnung erhalten und stimme den Inhalten zu.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter