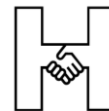


KB Anmeldeformular

OÖ Hilfswerk GmbH

Dametzstraße 6
4010 Linz
0732/775111-0
0732/775111-200
office@ooe.hilfswerk.at
www.ooe.hilfswerk.at



HILFSWERK

Bitte mit schwarzem Stift ausfüllen

Einrichtung

Flexible Nachmittagsbetreuung MINING

Kind

Name

Adresse

Geburtsdatum

Sozialvers.Nr.

Staatsbürgersch.

Rel. Bek.

Muttersprache

Schule

Klasse

Geschwister

Erziehungsberechtigte

Name

Adresse

Geburtsdatum

Familienstand

Tel. (Mobil)

E-Mail

Arbeitgeber

Tel. Arbeitgeber

Erziehungsberechtigte

Name

Adresse

Geburtsdatum

Familienstand

Tel. (Mobil)

E-Mail

Arbeitgeber*

Tel. Arbeitgeber*

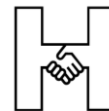
gewünschter Betreuungsbeginn

* telefonische Erreichbarkeit am Nachmittag eventuell über Arbeitgeber

KB Anmeldeformular

OÖ Hilfswerk GmbH

Dametzstraße 6
4010 Linz
0732/775111-0
0732/775111-200
office@ooe.hilfswerk.at
www.ooe.hilfswerk.at



HILFSWERK

Besuchszeiten

Mein Kind wird die Einrichtung zu folgenden Zeiten besuchen:

Montags von		bis	
Dienstags von		bis	
Mittwochs von		bis	
Donnerstags von		bis	
Freitags von		bis	

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

Name		Telefon	
Name		Telefon	
Name		Telefon	

Gesundheitliche Informationen

Hausarzt des Kindes		Tel.:	
Adresse			
Erhaltene Impfungen			
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 (Entwicklungs- verzögerungen, Defizite)	
--	--

Kaliumjodid-Tabletten

☐ 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.

☐ Nein, ich erteile diese Berechtigung nicht.

Zusammenarbeit mit der Schule

Wir sind eine familienergänzende Institution und nehmen neben anderen Aufgaben auch die außerschulische Aufgabenbetreuung wahr. So können wir Sie und Ihr Kind optimal unterstützen. Die Schule und der Hort sind gesetzlich verpflichtet, um die Berechtigung zu Gesprächen und Informationen zu bitten. Selbstverständlich unter Wahrung des Datenschutzes.

☐ Ja, ich erteile den zuständigen PädagogInnen die Berechtigung zur Zusammenarbeit mit der Schule.

☐ Nein, ich erteile die Berechtigung nicht.

Mein Kind darf im Gebäude barfuß laufen	☐ ja	☐ nein
im Garten barfuß laufen	☐ ja	☐ nein

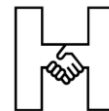
Ich bin damit einverstanden, dass Fotos meines Kindes, die während der Betreuung gemacht wurden, für Berichte über die Einrichtung verwendet werden dürfen. Ich stimme zu, dass die angegebenen Daten EDV-unterstützt verarbeitet werden dürfen und an das Amt der Oö. Landesregierung und an die Wohnsitzgemeinde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

Datum:	Unterschrift
--------	--------------

KB Anmeldeformular

OÖ Hilfswerk GmbH

Dametzstraße 6
4010 Linz
0732/775111-0
0732/775111-200
office@ooe.hilfswerk.at
www.ooe.hilfswerk.at



HILFSWERK

Konditionen				
Elternbeitrag (€/Monat)		Jausengeld (€/Monat)		wird von der LeiterIn ausgefüllt
Essensbeitrag (€/Essen)		Bastelbeitrag (€/Monat)		
Einzugsermächtigung betreffend Kind _____ (Vor- und Nachname des Kindes angeben!)				
Ich, _____ ermächtige hiermit die Hilfswerk OÖ GmbH, 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				
Kontonummer				
BLZ				
IBAN:				
BIC				
☐ Bitte senden Sie mir monatlich eine Rechnung über den abgebuchten Betrag (nur für den Fall möglich, dass OÖ Hilfswerk Elternbeiträge einhebt). Die Rechnungen werden vorrangig per Mail an die angegebene Adresse versendet. ☐ Ich benötige keine Rechnung				
Datum			Unterschrift:	

Von der Einrichtungsleitung auszufüllen				
Einrichtung / Kostenstelle			Bearbeiter / FSZ	
Datum			Nachricht bis	
Kontakt: ☐ persönlich ☐ telefonisch ☐ schriftlich ☐ sonstiges ☐ vermittelt durch:				
Kundennummer			☐ aktiv ☐ inaktiv	☐ Neukunde ☐ Anfrage
Rechnungsdaten				
Rechnungsempfänger Elternbeitrag				
Monatlicher Betrag (€)			Zahlungsart	
Rechnungsempfänger Essensbeitrag				
Monatlicher Betrag (€)			Zahlungsart	