



Anmeldung für die Harder Ferienbetreuung Herbstferien 28.10. bis 31.10.2024

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und übermitteln es an die Schulkindbetreuung Ihres Schulstandortes. Anmeldungen und Änderungen sind bis zum **16.10.2024** möglich.

Bitte beachten Sie, dass jedes Modul nur zustande kommt, wenn **mindestens 5 Kinder** dafür angemeldet sind. Sie werden am 21.10. darüber informiert, welche Module zustande gekommen sind.

Ich melde das Kind _____, geboren am _____, zur Herbstferienbetreuung 2024 an der **Schule am See** für folgende Module an:

Frühmodul:	07:00 bis 07:30 Uhr (pro Tag € 0,80) <input type="checkbox"/> Mo 28.10. <input type="checkbox"/> Di 29.10. <input type="checkbox"/> Mi 30.10. <input type="checkbox"/> Do 31.10.
Modul 1:	07:30 bis 12:30 Uhr (pro Tag € 7,80) <input type="checkbox"/> Mo 28.10. <input type="checkbox"/> Di 29.10. <input type="checkbox"/> Mi 30.10. <input type="checkbox"/> Do 31.10.
Modul 2:	07:30 bis 13:30 Uhr (pro Tag € 9,30) <input type="checkbox"/> Mo 28.10. <input type="checkbox"/> Di 29.10. <input type="checkbox"/> Mi 30.10. <input type="checkbox"/> Do 31.10.
Modul 3:	07:30 bis 16:00 Uhr (pro Tag € 13,20) <input type="checkbox"/> Mo 28.10. <input type="checkbox"/> Di 29.10. <input type="checkbox"/> Mi 30.10. <input type="checkbox"/> Do 31.10.
Modul 4:	07:30 bis 17:30 Uhr (pro Tag € 15,60) <input type="checkbox"/> Mo 28.10. <input type="checkbox"/> Di 29.10. <input type="checkbox"/> Mi 30.10. <input type="checkbox"/> Do 31.10.

- Mein Kind besucht bereits die Schulkindbetreuung der Marktgemeinde Hard (Daten müssen nicht erneut angegeben werden).

ODER:

- Mein Kind besucht noch nicht die Schulkindbetreuung der Marktgemeinde Hard. Ich übermittle auch das ausgefüllte Datenblatt sowie das Gesundheitsblatt.

Das Mittagessen kann vor Ort im Schulrestaurant gekauft werden (halber Tagesteller € 4,40 oder halber Tagesteller plus zweiter Gang € 6,30). Alternativ können Sie Ihrem Kind eine gesunde Jause mitgeben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Erziehungsberechtigte/r)



Daten des Kindes

Vorname _____ Nachname _____
Straße _____ Hausnr. _____
PLZ _____ Ort _____

Geburtsdatum _____
Geschlecht des Kindes männlich weiblich divers

Schule _____

Allergien _____
(Chronische) Erkrankungen _____

Mein Kind benötigt ja nein
Notfallmedikamente
Wenn ja, welche Medikamente _____

Erziehungsberechtigte/r

Vorname _____ Nachname _____
Straße _____ Hausnr. _____
PLZ _____ Ort _____
Telefon _____ E-Mail _____

Zusätzlicher Notfallkontakt

Name _____ Telefon _____

- Ich bin damit einverstanden, dass Fotos, auf denen mein Kind zu erkennen ist, veröffentlicht werden dürfen (z.B. in der Gemeindezeitung).
- Ich wünsche die Zusendung der Rechnung per E-Mail.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Gesundheitsblatt für die Harder Schülerbetreuung

(die Angaben werden vertraulich behandelt)



Nachname des Kindes: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ SVNR: _____ Geburtsort: _____

Wohnhaft in: _____
Straße Hausnummer Postleitzahl Gemeinde

Mitversichert bei: _____
Familiename Vorname SVNR Geburtsdatum

Krankenversicherung (wie GKK, BVA, VA...) Arbeitgeber (bzw. Karenz, AMS usw.)

Telefon _____

Notfallnummer/weitere Ansprechperson: _____

Hausarzt/Kinderarzt: _____ Tel. Hausarzt/Kinderarzt: _____

Staatsbürgerschaft: _____ Religion: _____

Besteht bei Ihrem Kind erhöhter Förderbedarf: ja nein

Kaliumjodidtabletten zur sofortigen Einnahme bei radioaktiven Unfällen: ja nein

Chronische Krankheiten: _____
(bei Unklarheiten bitte Ihren Arzt fragen!)

Medikamente (regelmäßige Einnahme bzw. wichtige Bedarfsmedikamente) wenn ja, welche und wie erfolgt die Einnahme:

Name des Medikaments: _____ Einnahme (morgens, mittags, abends, nachts): _____

Bemerkungen: _____

Allergien gegen:

Insekten (z.B. Biene / Wespe): ja nein falls ja, Notfallset vorhanden? ja nein

Nahrungsmittelallergien bzw. -unverträglichkeiten: _____

Medikamente (bitte genaue Angaben, beobachtete Reaktion wie z.B. Ausschlag, Atemnot, Blutdruckabfall bzw. Durchfall)

Impfungen: Tetanus (Wundstarrkrampf) ja nein Impfungen am: _____
FSME (Zecken) ja nein Impfungen am: _____

Besonderheiten (weitere gesundheitl. Risiken usw.): _____

Hard, am _____

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten