



VIR KANTOORGEBRUIK
SKOOLSTEMPEL

GOEDGEKEUR DEUR SKOOLHOOF:

INSKRYWINGSVORM 2026

BESONDERHEDE VAN DIE KIND:

Van:	Volle name:	
Noemnaam:	Geb. datum:	
ID nommer:		
Datum waarop u kind begin by die Steggies:		
Geslag:	Huistaal:	
Straatadres:		Kode:
Kerkverband:		
Broers / Susters: (naam en ouderdom)		

BESONDERHEDE VAN DIE OUERS/ WETTIGE VOOG:

VADER

Van:	
Volle name:	Noemnaam:
Adres:	
Tel Huis:	Selnommer:
Eposadres:	
ID nommer:	
Beroep:	Maatskappy:
Werksadres:	
Tel. werk:	Huistaal:
Kerkverband:	

MOEDER

Van:	
Volle name:	Noemnaam:
Adres:	
Tel Huis:	Selnommer:
Eposadres:	
ID nommer:	
Beroep:	Maatskappy:
Werksadres:	
Tel. werk:	Huistaal:
Kerkverband:	

ADDISIONELE INLIGTING:

Aantal dae per week (dui ook aan of u voldag of net halfdag nodig en watter dae):

Naam en kontaknommer van vorige speelgroepie / skool:

Wie sal u kind skool toe bring:

Wie mag u kind na skool optel:

1.

2.

Indien u, in geval van nood, nie onmiddelik beskikbaar is nie, verskaf asseblief die name van alternatiewe persone wat ons kan skakel:

A.

Tel:

B.

Tel:

MEDIESE BESONDERHEDE (Spesifiseer waar nodig)

Vorige ernstige siektes / kindersiektes:

Operasies ondergaan:

Enige gebreke, probleme of agterstand in sig, gehoor of spraak:

Enige allergieë:

Geestelike of sielkundige wanfunksie:

Is alle inentings, soos deur die wet vereis, toegedien:

Het u kind, volgens u mening, sy/haar ontwikkelingsmylpale voldoende bereik:

Was u kind voorheen geevalueer deur of vir behandeling by enige professionele persoon, bv arbeidsterapeut, opvoedkundige sielkundige, gehoor- of spraakterapeut?

Indien ja-

Spesifiseer:

Heg asseblief verslag aan

Naam van huisdokter:

Tel:

In geval van nood, na watter hospitaal moet u kind geneem word?

Afskrifte van die volgende dokumente moet aangeheg word:

- Kind se Geboortesertifikaat
- Immunisasierekord
- ID van beide ouers
- Mediesefondskaart (Indien van toepassing)
- Mediese vorm in die geval van nood (Aanhangsel A)

VRYWARING / ONDERNEMING:

Ek,, ouer/voog van vrywaar hiermee die KLEUTERSENTRUM en sy personeel teen enige ongeluk of siekte wat mag voorkom onder die toesig van die sentrum se personeel of gedurende enige aktiwiteit wat deur die sentrum aangebied word. Ek aanvaar dat my kind se welsyn en veiligheid te alle tye die sentrum se hoogste prioriteit is. Terselfdertyd erken ek ontvangs van die **Inligtingsblad**. Ek onderneem om myself deeglik te vergewis van die inhoud daarvan en om by die bepalings soos voorgeskryf te hou.

Datum : Plek : Handtekening van ouer/voog:

TOESTEMMING VIR DOKTER:

Hiermee gee ons, die ouers van toestemming dat die Departementshoof van die Steggies of gemagtigde persoon in haar afwesigheid ons kind vir mediese sorg na die naaste dokter of hospitaal mag neem indien sy in 'n krisissituasie moet optree en sy nie een van ons of ons kontakpersoon kan opspoor nie.

Geteken: Datum

MEDIËSE INLIGTING

LAERSKOOL FD CONRADIE VOORSKOOLSENTRUM

2022



Naam van leerder:			
Gewig:		Lengte:	
Enige vorige beserings:			
Allergieë:			
Medikasie wat gebruik word:			

<u>Vader</u>		<u>Moeder</u>	
Naam:		Naam:	
Sel no.		Sel no.	
Werk no.		Werk no.	
Huis no.		Huis no.	
Adres:		Adres:	
I.D. no.		I.D. no.	

<u>Voog / Guardian</u>	
Naam: Name:	
Kontak no. Contact no.	

<u>Mediese skema Indien geen medies, dui aan Staatshospitaal asb </u>	
Naam van mediese skema:	
Hooflid se naam:	
Hooflid I.D nommer:	
Hooflid se nommer:	
Afhanklike-lidnommer:	
Afhanklike se I.D nommer:	

Waarheen moet ons u kind neem indien hy/sy erenstig beseer is? Privaat Hospitaal / Staatshospitaal?

Ek, _____, bevestig dat die bogenoemde medies inligting korrek is en gee hiermee toestemming dat die skool die inligting mag gebruik in 'n geval van nood.

GETEKEN

DATUM