Flurstraße 10
6971 Hard
https://vs-hmwbg.vobs.at

Volksschule
T 05574/697630
direktion@vs-mwbg.at

Sekretariat
T 05574/697632
sekretariat@vs-mwbg.at

Volksschule Mittelweiherburg

Schüler:inneneinschreibung 2027/28

Familienname des Kindes:	Vorname des Kindes:
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	Wohnadresse:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Staatsbürgerschaft:	Sozialversicherungsnummer:
Religionsbekenntnis:	Anmeldung zum Religionsunterricht (nur Kinder ohne Bekenntnis): : ☐ ja ☐ nein
Erstsprache/Muttersprache:	Anmeldung zum Erstspracheunterricht: ☐ ja ☐ nein
Name des Kindergartens:	Name der Kindergartengruppe:

Angabe zu den Eltern/Erziehungsberechtigten:

Familienname Mutter:	Familienname Vater:
Vorname Mutter:	Vorname Vater:
Wohnadresse der Mutter:	Wohnadresse des Vaters:
Beruf der Mutter:	Beruf des Vaters:
Telefonnummer Mutter:	Telefonnummer Vater:
Emailadresse Mutter:	Emailadresse Vater:
Ist die Mutter erziehungsberechtigt? ☐ ja ☐ nein	Ist der Vater erziehungsberechtigt? ☐ ja ☐ nein

Flurstraße 10
6971 Hard
https://vs-hmwbg.vobs.at

Volksschule
T 05574/697630
direktion@vs-mwbg.at

Sekretariat
T 05574/697632
sekretariat@vs-mwbg.at

Volksschule Mittelweiherburg

Notfallkontakt:

Familienname Vorname	
Telefonnummer	
☐ Oma ☐ Opa ☐ Tante ☐ Onkel ☐ Sonstiges:_____	

Notizen:

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte*r

Flurstraße 10
6971 Hard
https://vs-hmwbg.vobs.at

Volksschule
T 05574/697630
direktion@vs-mwbg.at

Sekretariat
T 05574/697632
sekretariat@vs-mwbg.at

Volksschule Mittelweiherburg

Datenschutz- & Einverständniserklärung

Einwilligung gem Art 6 Abs. 1 lit. a iVm Art 7 DSGVO

(Datenschutzgrundverordnung)

Ich bin damit einverstanden, dass die angeführten personenbezogenen Daten ausschließlich für schulische Zwecke teilweise oder vollständig verarbeitet werden können:

Schulbezogene Listen für Schularzt, Kooperationen mit Vereinen (z.B. Karate, Handball, etc.), Schulbuch, Schulveranstaltungen, Sammlungen für Veranstaltungen, Noten, Freigegen- stände und Förderunterricht

Das betrifft:
Vor- und Zuname, Wohnadresse, Geburtsdatum, Geburtsort, Versicherungsnummer, Religionsbekenntnis, Muttersprache, Staatsbürgerschaft, Kontaktdaten Eltern, Telefonnummern, Mailadressen, Allergien, chronische Krankheiten

Zudem bin ich einverstanden, dass mein Kind _____

☐* im Dentomobil untersucht wird

☐* vom Fotografen fotografiert wird

☐* Fotos (z.B. Infowand Schule, Schulhomepage, evtl. Berichte in Zeitungen usw.) veröffentlicht werden dürfen

*** Alles, womit Sie einverstanden sind, bitte ankreuzen.**

Die betroffene Person hat jederzeit das Recht, die Einwilligung oder Teile davon zu widerrufen (schriftlich an die Schulleitung). Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Die gesetzlich, zum Schulbesuch, notwendigen Daten können nicht widerrufen werden. Diese werden erst nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht.

Diese Bestätigung gilt für den gesamten Zeitraum des Besuchs der Volksschule.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten

Flurstraße 10
6971 Hard
https://vs-hmwbg.vobs.at

Volksschule
T 05574/697630
direktion@vs-mwbg.at

Sekretariat
T 05574/697632
sekretariat@vs-mwbg.at

Volksschule Mittelweiherburg

Einverständniserklärung zur Einnahme von Kaliumjodid-Tabletten

Die rechtzeitige Einnahme von Kaliumjodid-Tabletten bietet einen sehr wirksamen Schutz vor strahleninduziertem Schilddrüsenkrebs.

Um eine rechtzeitige Einnahme zu ermöglichen, werden in Kindergärten, Schulen, Kinderbetreuungseinrichtungen, Spielgruppen oder Internaten Kaliumjodid-Tabletten gelagert. Eine Abgabe an Ihr Kind kann jedoch nur mit Ihrer vorherigen Einwilligung erfolgen. Durch Unterschreiben der untenstehenden Einverständniserklärung können Sie die Abgabe an Ihr Kind ermöglichen.

Bei einem Reaktorunfall erfolgt die Abgabe der Kaliumjodid-Tabletten nur nach ausdrücklicher Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden.

****

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Name des Kindes: Geburtsdatum:

Name des/der Erziehungsberechtigten:

☐ JA, ich erteile die Einwilligung (für die Dauer des Besuches der Einrichtung), meinem Kind nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodid-Tabletten zu verabreichen. Ich bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten und Gegenanzeigen zur Einnahme der Tabletten bekannt sind, und dass ich bei Bekanntwerden von Unverträglichkeiten oder Gegenanzeigen die Einrichtung unverzüglich verständigen werde.

☐ NEIN, ich erteile die Einwilligung nicht

Datum: Unterschrift: _____