



## **Anmeldeformular Schulische Nachmittagsbetreuung**

**Schuljahr 2026/27**

**(Abgabe in Papierform bis zum 27.3.2026  
beim GTS-Postkasten oder direkt in der GTS)**

**Bitte mit schwarzem Stift ausfüllen!**

<b>Einrichtung</b>	GTS St. Georgen an der Gusen (VS)
--------------------	-----------------------------------

### **Angaben zum Kind:**

<b>Name</b>				
<b>Adresse</b>				
<b>Geburtsdatum</b>		<b>SV-Nummer</b>		<b>Religion</b>
<b>Muttersprache</b>		<b>Staatsbürgerschaft</b>		<b>Klasse</b>

### **Angaben zur Mutter:**

**Erziehungsberechtigte ja  nein**

### **Angaben zum Vater:**

**Erziehungsberechtigter ja  nein**

<b>Name</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>SV-Nummer</b>	
<b>Familienstand</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Tel.-Nummer</b>	
<b>Arbeitgeber</b>	
<b>Tel. Arbeitgeber*</b>	

\* telefonische Erreichbarkeit am Nachmittag eventuell über Arbeitgeber

<b>Wird das Kind abgeholt?</b>	<b>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></b>
<b>Das Kind darf ab ..... Uhr die Einrichtung selbstständig verlassen.</b>	



Mein Kind wird die Einrichtung zu folgenden Zeiten besuchen		
	<b>GTS</b>	nur Mittagsbetreuung - nach Stundenplan 11:45 – 12:45 oder 12:45 – 13:45
Montag	bis	
Dienstag	bis	
Mittwoch	bis	
Donnerstag	bis	
Freitag	bis	
<b>Allergien (ärztliches Attest erforderlich!)</b>		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

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

Name		Telefon	
Name		Telefon	
<b>Darf das Kind von jemandem nicht abgeholt werden? Ja <input type="checkbox"/> Name:</b>			

Die **Betreuung/Aufsichtspflicht** dauert bis **16.00 Uhr (Mo-Do)** und wird nur an **Schultagen** angeboten!

**Freitags endet die Betreuung/Aufsichtspflicht um 14.45 Uhr.**

**Änderungen und Krankheit einer Schülerin/Schülers müssen ausnahmslos in der GTS (Tel. 0676 7000 587) gemeldet werden.**

Beginn: 1. Schulwoche- ab Mittwoch

Ende: Donnerstag der letzten Schulwoche

Ich melde mein Kind für das Schuljahr 2026/27 zur schulischen Nachmittagsbetreuung an:

Bitte um Bekanntgabe des ersten GTS-Tages .....

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### **Tarife:**

Die Tarife sind sozial gestaffelt und orientieren sich am Familienbruttoeinkommen gemäß Tarifordnung. Wenn keine Einkommensunterlagen vorgelegt werden bzw. keine Unterlagen, die zur Kenntnis genommen werden können, wird der Höchstbeitrag verrechnet. Bitte unbedingt eine Haushaltsbestätigung beilegen. (erhältlich im Gemeindeamt)

Anmeldungen sind bis 27. März 2026 möglich, danach sind An- und Abmeldungen erst wieder nach den Semesterferien 2027 möglich.

**Mittagessen:** Die Anmeldung erfolgt über das Programm Mensa Max.

Weitere Details entnehmen Sie bitte der Tarifordnung gemäß GR-Beschluss.



<b>Einzugsermächtigung betreffend Kind</b> _____ <b>(Vor- und Nachname des Kindes angeben!)</b>	
Ich, _____ ermächtige hiermit die Familienzentren GmbH der OÖ Kinderfreunde, 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	
IBAN:	BIC:
<input type="checkbox"/> Bitte senden Sie mir monatlich eine Rechnung über den abgebuchten (die Rechnungen werden vorrangig per Mail an die angegebene Adresse versendet) <input type="checkbox"/> Ich benötige keine Rechnung	

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Wichtige Informationen zu Ihrem Kind - Gesundheitliche Informationen

Hausarzt des Kindes		Tel.:	
Adresse			
Erhaltene Impfungen (Tetanus, FSME,...)			
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 (Entwicklungsverzögerungen, Defizite)			
<b>Kaliumjodid-Tabletten</b>			
<input type="checkbox"/> 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.			
<input type="checkbox"/> Nein, ich erteile diese Berechtigung nicht.			

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos meines Kindes, die während der Betreuung gemacht wurden, für Berichte über die Einrichtung und für die Homepage der Schule 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: \_\_\_\_\_