



Anmeldeformular Schulische
Nachmittagsbetreuung Schuljahr 2025 | 26

Einrichtung	GTS-NABE St. Oswald bei Freistadt VS			
-------------	--------------------------------------	--	--	--

Angaben zum Kind:

Name				
Adresse				
Geburtsdatum		SV-Nummer		Religion
Muttersprache		Staatsbürgerschaft		Klasse
Geschwister				

Angaben zur Mutter:

Erziehungsberechtigte ja nein

Angaben zum Vater:

Erziehungsberechtigter ja nein

Name	
Adresse	
Geburtsdatum	
SV-Nummer	
Familienstand	
E-Mail	
Tel.-Nummer	
Arbeitgeber	
Tel. Arbeitgeber*	

* telefonische Erreichbarkeit am Nachmittag eventuell über Arbeitgeber

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



Fixanmeldung 2025 | 26

Eine Abmeldung ist zu Semester möglich!

Mögliche Abholzeiten:

Mo-Do: unmittelbar nach den jeweiligen Lernzeiten oder ab 16.00 Uhr
Lernzeit: 13:45 – 14:35 Uhr

Die für den Freizeitteil definierten Abholzeiten der Schule sind verbindlich für alle Eltern und von diesen zur Kenntnis zu nehmen, da es sich hierbei nicht um Randstunden (gemäß FAQs der BD des Landes OÖ) handelt.

https://www.bildung-ooe.gv.at/Schule-und-Unterricht/Ganztagsbetreuung/Ganztaegige-Schulformen/Organisation-der-GTS_OLD.html

NAME	Klasse 2025 26			
1. Schulwoche: Abgabe bis 29.08.2025 per Mail! sekretariat406221@schule-ooe.at				
Mein Kind besucht bereits in der 1. Schulwoche ab 09.09.2024 die GTS				
Besuchstage 1. Woche		<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Donnerstag
ab 2. Schulwoche für das Schuljahr 2025 26				
Variante 1 Standard	Fixe Betreuungstage			
	<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Donnerstag
Variante 2 Ausnahme flexible Tage f. Eltern mit wechselnden Arbeitszeiten	Ich brauche die Betreuung für mein Kind an folgenden wechselnden Tagen:			
	<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Donnerstag
Gesamtzahl der benötigten Betreuungstage pro Woche:				
Anmerkung: z.B. Besuch LMS, Sportverein -> frühere Abholzeit				
*Die GTS ist derzeit nur von Mo-Do geplant, Freitag nur wenn sich der Bedarf merkbar steigert.				

Mittagessen an der Schule – bitte separat über das Onlineportal [Marktgemeinde St. Oswald bei Freistadt - Zentrum - Gemeindeamt - Gemeindebetriebe \(stoswald.at\)](https://www.stoswald.at) anmelden: Allergien bekannt geben!

Bekannte Allergien:	
---------------------	--

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

Name		Telefon	
Name		Telefon	

Darf das Kind von jemandem nicht abgeholt werden? Ja Name:

Ich melde mein Kind für das Schuljahr 2025/26 zur schulischen Nachmittagsbetreuung an:

Datum: _____ Unterschrift: _____



Einzugsermächtigung – GTS | Kinderfreunde



Einzugsermächtigung betreffend Kind _____

(Vor- und Nachname des Kindes angeben!)

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:

Bitte senden Sie mir monatlich eine Rechnung über den abgebuchten (die Rechnungen werden vorrangig per Mail an die angegebene Adresse versendet)

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)			
Kaliumjodid-Tabletten			
<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.			
Mein Kind darf im Gebäude barfuß laufen		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
im Garten barfuß laufen		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

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: _____

Familienzentren GmbH der OÖ Kinderfreunde

Wiener Straße 131 • 4020 Linz • Tel: 0732/77 30 11 • Fax: 0732/77 30 11-10 • Email: familienzentren.ooe@kinderfreunde.cc •
www.kinderfreunde.cc • ZVR-Zahl: 746050741 • IBAN AT 81 5400 0000 0041 3104 (BIC OBLAAT2L)