European Primary School
EVS Goldschlagstraße
Goldschlagstraße 14-16, A-1150 Wien
*Tel. & Fax:* +43 1 9824609
*eMail:* direktion@evsgoldschlagstrasse.at
*Direktion:* Dipl.-Päd. Doris Berki-Uhlir

Liebe Eltern!

Wir freuen uns schon sehr, Sie und Ihr Kind im Jänner 2022 zur Schuleinschreibung/Schulreifefeststellung bei uns begrüßen zu können.

**Bitte bringen Sie folgende Dokumente mit:**

**1.) Formulare, die Sie von der Schule erhalten haben** (ausgedruckt und ausgefüllt)**:**

Zu Ihrer Kontrolle abhaken

- Datenblatt [X] ☐
- Notfalldaten (beidseitig) [N] ☐
- Einverständniserklärung Kaliumjodidtabletten ☐
- Schularzt Fragebogen ☐
- Schularzt ☐
- W-LAN Nutzungsvereinbarung ☐
- Einverständniserklärung PCR/Antigen Testung ☐

Für die schulische Tagesbetreuung:

- Tagesbetreuung Bedarfsmeldung ☐
- Tagesbetreuung SEPA-Lastschrift [S] ☐
- Tagesbetreuung Anmeldung & Entlassungszeiten [B] ☐

**2.) Eigene Unterlagen und Dokumente**

- Einladungsbrief der Bildungsdirektion ☐
- Foto des Kindes ☐
- Bestätigung des Kindergartenbesuchs ☐
- Geburtsurkunde des Kindes, Original + Kopie ☐
- aktueller Meldenachweis des Kindes, Original + Kopie ☐
  erhältlich bei jedem magistratischen Bezirksamt oder Verpflichtungserklärung der Hauptwohnsitzgemeinde für Kinder mit Hauptwohnsitz außerhalb Wiens
- aktueller Meldenachweis des zahlenden Erziehungsberechtigten, Original + Kopie ☐
- Staatsbürgerschaftsnachweis oder Pass des Kindes, Original + Kopie ☐
- E-card (Sozialversicherungsnummer) des Kindes, Original + Kopie ☐
- Religiöses Bekenntnis (falls vorhanden) des Kindes (Nachweis), Original + Kopie ☐
- Impfpass Kopie ☐

Mit freundlichen Grüßen und besten Wünschen

Doris Berki-Uhlir
und das Team der OVS EPS Goldschlagstraße

European Primary School
EVS Goldschlagstraße
Goldschlagstraße 14-16, A-1150 Wien
*Tel. & Fax:* +43 1 9824609
*eMail:* direktion@evsgoldschlagstrasse.at
*Direktion:* Dipl.-Päd. Doris Berki-Uhlir

X

# Datenblatt

| Vorname | Nachname | SV-Nummer |
|---|---|---|
| Geburtsdatum | Geburtsstaat | Geburtsort |
| Staatsbürgerschaft | Religion | Muttersprache |
| Kindergartenadresse | | Jahre im Kindergarten |

Mehrsprachig

☐ Nein ☐ Ja, folgende Sprachen:

Tagesbetreuung ☐ 3 Tage ☐ 4 Tage ☐ 5 Tage

an folgenden Tagen ☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr

Speisen ☐ vegetarisch ☐ schweinefleischfrei ☐ uneingeschränkt

Allergie ☐ Ja, folgende _____

Diät ☐ Ja, folgende _____

| Geschwister | Alter | Klasse (falls an der Schule) |
|---|---|---|

Wünsche

**Von der Schule auszufüllen:**

| Schulreif | | Klasse |
|---|---|---|
| ☐ NEIN ☐ JA | ☐ AO ☐ O | ☐ 1A ☐ 1B ☐ VSKL ☐ MSKL |

| | |
|---|---|
| Foto ☐ | Sprachkompetenz ☐ U ☐ M ☐ A |
| Werke ☐ | MikaD Test: |
| Kaliumjodid ☐ | Arzttermin: |

# NOTFALL**DATEN**

EPS / OVS Goldschlagstraße

| | | |
|---|---|---|
| Foto<br><br>falls vorhanden | Vorname: | Nachname: |
| | Klasse: | SV-Nummer: |

Bitte möglichst alle Felder korrekt in Druckschrift ausfüllen, da diese Liste uns die Möglichkeit geben soll, Sie in Notfällen zu erreichen. **Notieren Sie bitte auch, in welcher Beziehung die angeführten Personen** zum Kind stehen (Mutter, Vater, Tante, Onkel, Oma, Opa, ...)

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Erziehungsberechtige/r** | Vorname | | Nachname |
| | SV-Nummer | Geburtsdatum | Beziehung |
| Wohnadresse | Straße: | | PLZ, Ort |
| Telefon/E-Mail | Privat: | | Beruflich: |
| | E-Mail: | | |
| Arbeitsstelle: | Adresse: | | Telefonnummer: |
| **Erziehungsberechtige/r** | Vorname | | Nachname |
| | SV-Nummer | Geburtsdatum | Beziehung |
| Wohnadresse | Straße: | | PLZ, Ort |
| Telefon/E-Mail | Privat: | | Beruflich: |
| | E-Mail: | | |
| **Andere Person/en** | Name | | Beziehung |
| Wohnadresse | Straße: | | PLZ, Ort |
| Telefonnummern | Privat: | | Beruflich: |

Besondere Hinweise (Chronische Erkrankungen, Medikamenteneinnahme, Allergien):

Einnahme von Kaliumjodidtabletten bei atomaren Notfällen: ☐ Ja ☐ Nein

In schulischem Zusammenhang dürfen Fotos und Filme meines Kindes auf digitalen (z.B.: Website, Vimeo) und Printmedien veröffentlicht werden. ☐ Ja ☐ Nein
Bei „Nein“ ist auch keine Aufnahme beim Klassenfoto möglich.

Werke (BE, WE, MU etc.) meines Kindes dürfen öffentlich ausgestellt und für Wettbewerbe eingereicht werden: ☐ Ja ☐ Nein

**Weitere Hinweise für die Schule:**

N

Mein Kind darf von folgenden Personen NICHT von der Schule/Nachmittagsbetreuung abholt werden (belegt durch Bescheinigung, z.B. Gerichtsbeschluss, Wegweisung der Polizei etc.):

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| Name (bitte Foto beilegen) | Verhältnis zum Kind | Beleg |

Auf Grund eines Erlasses des Stadtschulrates bezüglich des Strahlenschutzes müssen wir uns im Fall eines atomaren Unfalls an folgende Vorgehensweise halten:

- Ausgabe der Kaliumjodidtablette (wenn auf vorheriger Seite zugestimmt)
- das Betreten des Schulhauses durch Eltern und andere Personen ist nicht mehr erlaubt
- Beaufsichtigung des Kindes in geschlossenen Räumen bis max. 18 Uhr, im äußersten Notfall ist eine Übernachtung in der Schule möglich.
- die Kinder verlassen das Haus durch eine Schleuse (Stiegenhausbereich/Glastür)
- das Krisenmanagement der Stadt Wien wird über Radio, TV und andere Medien die Bevölkerung am Laufenden halten

Mein Kind darf im Katastrophenfall

☐ zu der normalen Entlassungszeit alleine nach Hause gehen
☐ von dem/einem Erziehungsberechtigten
☐ von folgenden, weiteren Personen abgeholt werden:

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| Name | Verhältnis zum Kind | Beleg |

Selbstverständlich hoffen wir, dass ein solcher Katastrophenfall nie eintreten wird.

Bei Änderungen der auf dem Notfallblatt befindlichen Informationen bitten wir Sie, diese umgehend beim Klassenlehrer bekannt zu geben.

Datum:_____ Unterschrift:_____

European Primary School
EVS Goldschlagstraße
Goldschlagstraße 14-16, A-1150 Wien
*Tel. & Fax:* +43 1 9824609
*eMail:* direktion@evsgoldschlagstrasse.at
*Direktion:* Dipl.-Päd. Doris Berki-Uhlir

Liebe Eltern!

Kaliumjodidtabletten sind eine wichtige Versorgemaßnahme, um Ihr Kind im Falle eines schweren Kernkraftwerkunfalls vor Schilddrüsenkrebs zu bewahren.

Sollte im Falle eines Kernkraftwerkunfalls die Alarmierung währen der Schulzeit erfolgen, kann Ihr Kind die erste Tagesdosis bereits in der Schule erhalten.

Die Abgabe der Tabletten an die Kinder erfolgt im Katastrophenfall streng nach Anweisungen der Gesundheitsbehörden und nach Maßgabe Ihrer vorherigen Einverständniserklärung.

Wir ersuchen Sie um Ihre Einwilligung zur Verabreichung der Kaliumjodidtabletten.

Hochachtungsvoll,
die Direktion

---

## Einverständniserklärung
## zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten an der Schule

Name des/der Schülers/Schülerin: .....

Geburtsdatum: .....

Name der/des Erziehungsberechtigten: .....

☐ **JA**, ich erteile die Einwilligung, meinem Kind im Katastrophenfall – nach Aufforderung der Gesundheitsbehörden – Kaliumjodidtabletten zu verabreichen. Ich bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten beziehungsweise Gegenanzeigen gegen die Einnahme von Kaliumjodidtabletten bekannt sind.

☐ **NEIN**, ich erteile die Einwilligung nicht.

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -
Datum / Unterschrift

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

# SCHULARZT FRAGEBOGEN

- Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen.

  ☐ Ja ☐ Nein

  Wenn Ja, welche?

- Mein Kind leidet an einer chronischen Erkrankung (Herzerkrankung, Epilepsie, Asthma, Zuckerkrankheit, etc.).

  ☐ Ja ☐ Nein

  Wenn Ja, welche?

- Bei meinem Kind Ist eine Allergie bekannt (gegen Medikamente, Pollen, Hausstaub, etc.).

  ☐ Ja ☐ Nein

  Wenn Ja, welche?

- Bei meinem Kind wurde eine Operation durchgeführt.

  ☐ Ja ☐ Nein

  Wenn Ja, welche?

Mit dieser Unterschrift bestätige Ich die Richtigkeit der Angaben. Ich bin mit der Erhebung dieser Daten einverstanden und erlaube eine Weitergabe dieser Informationen an die Schulärztin / den Schularzt.

_____

Datum, Unterschrift der/des Erziehungsberechtig

# Schularzt Elternfragebogen

SCHULKLASSE: _____

**Liebe Eltern!**
Ihre Angaben sind nur für den Schularzt bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem **Kuvert verschlossen dem Schularzt** übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit des Schularztes.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Familienname d. Schülers(in): | | | Vorname: | |
| Geb.-Datum: | | Anschrift: | | |
| Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): | | | Telefon: | |
| Beruftätigkeit der Eltern: | Vater: | ☐ ja ☐ nein | Mutter: | ☐ ja ☐ nein |
| Geburtsjahr der Geschwister: | | | | |
| Sind die Eltern zuckerkrank? | Vater: | ☐ ja ☐ nein | Mutter: | ☐ ja ☐ nein |
| Sind die Eltern übergewichtig? | Vater: | ☐ ja ☐ nein | Mutter: | ☐ ja ☐ nein |

| Welche Infektionskrankheiten hat d. Schüler(in) durchgemacht? **Bitte Zutreffendes ankreuzen!** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Masern | ☐ ja ☐ nein | Mumps | ☐ ja ☐ nein | Scharlach | ☐ ja ☐ nein |
| Röteln | ☐ ja ☐ nein | Feuchtblattern | ☐ ja ☐ nein | Diphtherie | ☐ ja ☐ nein |
| Keuchhusten | ☐ ja ☐ nein | Gelbsucht | ☐ ja ☐ nein | Kinderlähmung | ☐ ja ☐ nein |

| Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie: **Bitte Zutreffendes ankreuzen!** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Halsentzündungen | ☐ ja ☐ nein | Magen | ☐ ja ☐ nein | Harnwege | ☐ ja ☐ nein |
| Gelenksentzündungen | ☐ ja ☐ nein | Darm | ☐ ja ☐ nein | Haut | ☐ ja ☐ nein |
| Angeborene Fehlbildungen | ☐ ja ☐ nein | Lunge | ☐ ja ☐ nein | Nervensystem | ☐ ja ☐ nein |
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | ☐ ja ☐ nein | Niere | ☐ ja ☐ nein | Sonstige | |

| | |
|---|---|
| Operationen oder bleibende Unfallfolgen: | |
| Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche? | |
| Wurde d. Schüler(in) gegen FSME (Zecken) geimpft? | ☐ ja ☐ nein |

| Besteht im besonderen: **Bitte Zutreffendes ankreuzen!** | | | |
|---|---|---|---|
| Asthma bronchiale | ☐ ja ☐ nein | Häufiger Kopfschmerz | ☐ ja ☐ nein |
| Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel) | ☐ ja ☐ nein | Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung) | ☐ ja ☐ nein |
| Zuckerkrankheit | ☐ ja ☐ nein | Sehfehler | ☐ ja ☐ nein |
| Ohnmachtsneigung | ☐ ja ☐ nein | Hörfehler | ☐ ja ☐ nein |
| Anfallsleiden | ☐ ja ☐ nein | Sprachfehler | ☐ ja ☐ nein |
| Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.) | | | ☐ ja ☐ nein |

Datum:

Unterschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten):

European Primary School
EVS Goldschlagstraße
Goldschlagstraße 14-16, A-1150 Wien
*Tel. & Fax:* +43 1 9824609
*eMail:* direktion@evsgoldschlagstrasse.at
*Direktion:* Dipl.-Päd. Doris Berki-Uhlir

# *WLAN im Schulbetrieb*

## *Grundsätzliches:*

In der Schule gibt es einen offenen WLAN-Zugang den Ihre Tochter/ Ihr Sohn für schulische Zwecke auf dem Handy oder Tablet nutzen kann.

Dazu gelten folgende Vereinbarungen:

## *Vereinbarungen:*

1. Das WLAN darf nur nach Aufforderung der Lehrperson genutzt werden.
2. Folgende Inhalte sind verboten:
    a. Inhalte, die gegen geltende Gesetze zum Schutz vor Pornografie, Gewaltdarstellung, Volksverhetzung, Menschenverachtung verstoßen oder zu Straftaten anleiten.
    b. Inhalte, die gegen das Jugendschutzgesetz oder Urheberrechte verstoßen.
    c. Inhalte, die dazu geeignet sind, einzelne Mitglieder der Schulgemeinde oder die gesamte Schulgemeinde zu schädigen.
3. Das Herunterladen, Hinaufladen und Nutzen von urheberrechtlich bzw. persönlichkeitsrechtlich geschützter Musik, Filmen, Programmen, Fotos etc. darf ohne Zustimmung der Urheber/innen bzw. Rechteinhabern nicht erfolgen.
4. Auf respektvolle Kommunikation in sozialen Netzwerken (e-Mail, WhatsApp, Facebook, weiteren Foren oder Chats, …) ist dringend zu achten.

----------✂----------

## *Kenntnisnahme:*

Ich habe die Verhaltensvereinbarungen zur Nutzung des WLAN im Schulbetrieb zur Kenntnis genommen.

_____ _____
Name der Schülerin/ des Schülers Klasse

_____
Datum

_____ _____
Unterschrift des Schülers/ der Schülerin Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten

# Einwilligung für die regelmäßige Durchführung von COVID-19-Selbsttests im Schuljahr 2022/23

Die regelmäßige Durchführung von COVID-19-Selbsttests (Antigen- und PCR-Tests) setzt die Einwilligung der zu testenden Person bzw. bei Schulkindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr der bzw. des Erziehungsberechtigten voraus. Diese Einwilligung gilt für die regelmäßige Durchführung der Antigen-Selbsttests und der PCR-Selbsttests in der Schule im Schuljahr 2022/23 sowie hinsichtlich der PCR-Tests auch für die Verarbeitung folgender Daten:

- Vor- und Familienname der Schülerin bzw. des Schülers und besuchte Klasse
- Kontaktdaten der Erziehungsberechtigten (Telefonnummer und Email)
- Nummer des Teströhrchens (= Nummer auf der Corona-Testpass-Etikette)
- Testergebnis

Hinweis: Eine Verknüpfung der Daten der Schülerin oder des Schülers bzw. der Erziehungsberechtigen mit einem Testergebnis aus dem Labor erfolgt ausschließlich im Fall eines positiven Ergebnisses am Schulstandort. Die Testergebnisse werden eine Woche nach deren Eintreffen an der Schule gelöscht.

***Durchführung der COVID-19-PCR-Selbsttests:***

- Die PCR-Tests werden an der Schule durch ein 30 Sekunden andauerndes Spülen im Mund durchgeführt. (Bei der Spülflüssigkeit handelt es sich um Trinkwasser, das mit lebensmittelechtem Kochsalz versetzt ist).
- Jede Schülerin bzw. jeder Schüler erhält einen Stickerbogen mit persönlichen QR-Codes.
- Unmittelbar nach jeder Testung klebt die Schülerin bzw. der Schüler einen QR-Code-Sticker auf ihr bzw. sein Teströhrchen (auf den Deckel des Röhrchens).
- Eine direkte Zuordnung zu einer konkreten Schülerin bzw. einem konkreten Schüler kann damit außerhalb der eigenen Schule nicht erfolgen.
- Die Teströhrchen werden gemeinsam mit der Information, welcher Schule diese zuzuordnen sind, an ein zur Auswertung der Tests zertifiziertes Labor gesendet. Das Labor schickt der Schule einen Bericht mit der Gesamtanzahl der am Standort durchgeführten Tests und weist jene QR-Codes aus, bei denen das COVID-19-Virus nachgewiesen wurde.
- Die Schule kann die mit einem positiven Ergebnis verknüpften QR-Codes jeweils einer Schülerin bzw. einem Schüler zuordnen.
- Bei positivem Testergebnis werden die Schülerin bzw. der Schüler sowie die Erziehungsberechtigten unverzüglich durch die Schule verständigt. Positive Testergebnisse sind gemäß § 3 Abs. 1 Epidemiegesetz der Gesundheitsbehörde zu melden.
- Ein negatives Testergebnis wird im Corona-Testpass der Schülerin bzw. des Schülers vermerkt.

Weitere **Details zum PCR-Selbsttes**t finden Sie unter:
www.bmbwf.gv.at/allesspuelt

**Details zum COVID-19 Antigen-Selbsttest** finden Sie unter:
www.bmbwf.gv.at/selbsttest

Weitere **Informationen zum Datenschutz** im Bereich des BMBWF finden Sie unter:
www.bmbwf.gv.at/datenschutzschulen

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich, …….. (Vorname und Familienname), erreichbar unter …….…… (Telefonnummer) und ……. (E-Mailadresse), willige ein, dass ich bzw. mein unter 14-jähriges Kind, …….. (Vorname und Familienname)

- o einen COVID-19 Antigen-Selbsttest (ohne Abstrich im hinteren Nasen- oder Rachenbereich) vornehme bzw. vornimmt
- o einen COVID-19 PCR-Selbsttest (durch Spülen) vornehme bzw. vornimmt und die oben genannten Daten zum oben beschriebenen Zweck der Selbsttestung an Schulen verarbeitet werden.

_____,_____ _____

Ort, Datum

Unterschrift der Schülerin, des Schülers bzw. der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters

_____

Name (in Blockbuchstaben)

*Widerruf der Einwilligung:*

Ein Widerruf dieser datenschutzrechtlichen Einwilligung sowie der Einwilligung zur Vornahme der Probenabnahme für den PCR-Test oder Antigen-Test ist jederzeit schriftlich (postalisch, per E-Mail, per Telefax) bei der Schule möglich. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der davor erfolgten Maßnahmen und Datenverarbeitungen nicht berührt. Ab Zeitpunkt des Widerrufes werden an der Schule keine dem Widerruf unterliegenden Testungen mehr durchgeführt.

**Bitte geben Sie Ihrem Kind die unterschriebene Einwilligungserklärung in die Schule mit. Sie wird dort aufbewahrt.**

# BEDARFSMELDUNG
## für Tagesbetreuung

Öffentliche Volksschule Goldschlagstraße 14-16, 1150 Wien

Langstempel der Schule

Bitte das Formular in **BLOCKBUCHSTABEN** ausfüllen.

**Nachname** des Kindes: _____ **Vorname** des Kindes: _____

**Adresse:** _____ **Geburtsdatum:** _____

| **1. Erziehungsberechtigte/r** ☐ AlleinerzieherIn * | **2. Erziehungsberechtigte/r** |
|---|---|
| Name: _____ | Name: _____ |
| Tel.: _____ | Tel.: _____ |
| Geb. Datum: _____ | Geb. Datum: _____ |
| ☐ berufstätig (ArbeitgeberIn / Adresse / Telefonnummer)<br>_____<br>_____ | ☐ berufstätig (ArbeitgeberIn / Adresse / Telefonnummer)<br>_____<br>_____ |
| ☐ Karenz (fixer Berufseintritt ab MM /JJJJ )<br>☐ in Ausbildung (z.B.: Studium)<br>☐ nicht berufstätig (z.B. Haushalt) | ☐ Karenz (fixer Berufseintritt ab MM /JJJJ )<br>☐ in Ausbildung (z.B.: Studium)<br>☐ nicht berufstätig (z.B. Haushalt) |

**Ich bevorzuge für mein Kind:**

| | |
|---|---|
| ☒ **Schulische** Tagesbetreuung: | ☐ Ein Geschwisterkind besucht im Schuljahr 2021/22 die Klasse _____ dieser Schule. * |
| **Hort**:<br>☐ städtischer Hort *<br>☐ Integrationshort *<br>☐ Private Betreuungseinrichtung für Schulkinder | (Adresse des Hortes bzw. der privaten Betreuungseinrichtung)<br>----------<br>☐ Ein Geschwisterkind besucht bereits diesen Hort. *<br>☐ Mein Kind ist bereits in dieser privaten Betreuungseinrichtung für Schulkinder angemeldet/vorangemeldet.* |

* Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. streichen

| | |
|---|---|
| Im Falle, dass mein Kind keinen Platz am Hortstandort meines Wunsches erhält, | ☐ verzichte ich auf diesen Hortplatz und das Kind bleibt an der Wunschschule angemeldet.<br>☐ wechselt das Kind an einen Schulstandort mit Tagesbetreuung. |

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Bedarfsmeldung als Vormerkung gilt und nicht als fixe Betreuungsplatzzusage zu verstehen ist.

Ich/Wir bestätige/n die Richtigkeit obiger Angaben[1]:

Wien, am _____

_____
Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Anmerkungen der Schulleitung:

Arbeitsbestätigung bzw. Lohnzettel wurde vorgelegt: ja ☐ nein ☐

_____
Unterschrift d. Schulleitung

[1] Durch Ihre Unterschrift geben Sie das Einverständnis zur Weitergabe und Verarbeitung der Daten an die Stadt Wien – Kindergärten und an die „BiM – Bildung im Mittelpunkt GmbH", jedoch ausschließlich zum Zwecke der Bereitstellung eines Betreuungsplatzes.

Bildungsdirektion Wien

Stadt Wien Schulen

S

Mollardgasse 87/HP
1060 Wien
Tel.: +43 1 59916 95010
Fax: +43 1 59916 99 95010
E-Mail: post@ma56.wien.gv.at
www.schulen.wien.at

Schulkennzahl: 915041

*) Daten mit Eingabe in WiSion verglichen **JA** ☐

## Datenerhebung und Zustimmung zum SEPA Lastschrift Mandat für Tagesbetreuungskosten oder Pauschalbeträge

**BITTE DEUTLICH IN BLOCKSCHRIFT SCHREIBEN !!!!**

*) Daten d. Kindes: **Adresse mit Meldezettel verglichen JA** ☐

| Familienname | Vorname | Geb. Datum | Klasse |
|---|---|---|---|
| | | | |

| PLZ | Anschrift |
|---|---|
| | |

***) Daten d. Zahlungsverpflichteten:**

| Familienname | Vorname | Geb. Datum |
|---|---|---|
| | | |

| PLZ | Anschrift |
|---|---|
| | |
| Kontakt (Telefon, Fax, E-Mail) | |

**Zustimmung zum SEPA Lastschrift Mandat:** **JA** ☐ **NEIN** ☐

| | |
|---|---|
| IBAN | |
| BIC | |
| KontoinhaberIn | |

Mandatsreferenz

_____

Eintragung nur durch Behörde

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Magistrat der Stadt Wien (CID AT03MAG00000009679), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Magistrat der Stadt Wien auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum:_____ Unterschrift: _____

Bitte beachten Sie: Meine/Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, dass ich/wir von meinem/unserem Kreditinstitut erhalten kann/können.
Vertragsrechtliche Gründe der Banken verpflichten den Zahlungsempfänger das Lastschrift-Mandat mit der Originalunterschrift aufzubehalten.

***) Daten d. RECHNUNGSEMPFÄNGERS (wenn nicht ident mit Zahlungsverpflichteten)**
**!! Achtung !! in diesem Fall ist kein Einziehungsauftrag möglich**

| Familienname | Vorname | Geb. Datum |
|---|---|---|
| | | |

| PLZ | Anschrift |
|---|---|
| | |
| Kontakt (Telefon, Fax, E-Mail) | |

Ort, Datum:_____ Unterschrift: _____

European Primary School
EVS Goldschlagstraße
Goldschlagstraße 14-16, A-1150 Wien
*Tel. & Fax:* +43 1 9824609
*eMail:* direktion@evsgoldschlagstrasse.at
*Direktion:* Dipl.-Päd. Doris Berki-Uhlir

**B**

# Anmeldung und Entlassungszeiten für die Tagesbetreuung für das Schuljahr 2022/23

| Name des Kindes | Klasse |
|---|---|
| | |

Sie können **3, 4 oder 5 Wochentage** wählen. Entlassungszeiten sind **nach der Lernstunde** (LS) zu den angeführten Zeiten möglich. An **mindestens einem Tag (Di, Mi, Do) ist die Entlassung erst nach 16:30**, einem **Ausflugsblock** (AB) möglich. Die Kinder werden **beim Schultor** entlassen.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Mo** | | ☐ 15:00 (LS) | ☐ 16:00 | ☐ 16:30 | ☐ 17:00 | ☐ 17:30 |
| **Di** | | ☐ 15:00 (LS) | ☐ 16:00 | ☐ 16:30 (AB) | ☐ 17:00 | ☐ 17:30 |
| **Mi** | | ☐ 15:00 (LS) | ☐ 16:00 | ☐ 16:30 (AB) | ☐ 17:00 | ☐ 17:30 |
| **Do** | | ☐ 15:00 (LS) | ☐ 16:00 | ☐ 16:30 (AB) | ☐ 17:00 | ☐ 17:30 |
| **Fr** | ☐ 14:00 (LS) | ☐ 15:00 | ☐ 16:00 | ☐ 16:30 | ☐ 17:00 | ☐ 17:30 |

☐ mein Kind darf alleine gehen
☐ mein Kind wird am Schultor entlassen und abgeholt

**Speisenangebot**

☐ uneingeschränkt (darf alles essen)
☐ schweinefleischfrei (darf KEIN Schweinefleisch essen)
☐ vegetarisch

**Lebensmittelallergie** (nur eine Auswahl)

☐ Nein. ☐ Ja, welche: _____(ärztl. Attest in Kopie, Datum:_____ )

**Entlassungszeiten für die 1. Schulwoche 6.9. - 9.9.2022:**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Di** | ☐ 14:00 | ☐ 15:00 | ☐ 16:00 | ☐ 16:30 | ☐ 17:00 | ☐ 17:30 |
| **Mi** | ☐ 14:00 | ☐ 15:00 | ☐ 16:00 | ☐ 16:30 | ☐ 17:00 | ☐ 17:30 |
| **Do** | ☐ 14:00 | ☐ 15:00 | ☐ 16:00 | ☐ 16:30 | ☐ 17:00 | ☐ 17:30 |
| **Fr** | ☐ 14:00 | ☐ 15:00 | ☐ 16:00 | ☐ 16:30 | ☐ 17:00 | ☐ 17:30 |

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -
Datum / Unterschrift