



Munniklaan 21
Sterpark
POLOKWANE
0699

Postnet suite 001
Privaatsak X9676
Hampton Court
POLOKWANE
0700

TEL: (015) 296 0940
FAKS: 086 543 0378

E-pos: linda@osiekleuters.co.za
amanda@osiekleuters.co.za

Verskaf 'n mees onlangse

ID foto van u kleuter

NASKOOL Inskrywingsvorm - 2020

Naam en Van - kleuter: _____

Geboortedatum van kleuter: _____

Vroulik:

Manlik:

Ouers merk asseblief van toepassing:

2 – 3 jaar

3 – 4 jaar

4 – 5 jaar

Nuwe aansoek

Herregistrasie

Kleuter inligting:

Volle naam en Van:	
Noemnaam:	
Geboortedatum:	
Woonadres:	
Allergieë:	

Ouers se inligting:

Persoon verantwoordelik vir rekening

Persoon mede-verantwoordelik

Volle naam en van:		
Noemnaam:		
Verwantskap:		
Huis no:		
Werk no:		
Selfoon no:		
Alternatiewe nommer:		

Magtiging van alternatiewe persoon om my / ons kleuter(s) namens my / ons te kom afhaal by die sentrum:

Persoon 1*

Persoon 2*

Volle naam en van:		
Noemnaam:		
ID nommer:		
Selfoon no:		

*Ek sluit hiermee 'n afskrif van die Genomineerde persoon / persone se ID dokument in.

DIS 'N FEES OM 'N TEDDIE TE WEES!

NPC 2012/117852/08

Beide ouers parafeer asb.

VRYWARINGSKLOUSULE

Ek _____ ID: _____

Ouer/voog van _____ ouderdom in 2020

2 - 3jr	3 - 4jr	4 - 5jr
---------	---------	---------

gee hiermee toestemming dat hy/sy die aktiwiteite by / en weg van die perseel mag bywoon en aan al die bedrywighede mag deelneem en daarheen per private/openbare vervoer gekarwei mag word.

Ek dra my magte as ouer/voog vir die duur van die kursus/aktiwiteit oor aan die verantwoordelike toesighouer, om al daar, in my plek, teenoor die kind te staan asof ek teenwoordig sou wees. Sodanige magte sluit dan ook enige optrede wat van die verantwoordelike toesighouer verwag sou word, indien mediese/chirurgiese ingreep vir my kind sou nodig mag wees. Sover ek weet verkeer my kind in goeie gesondheid. Ek versoek egter die verantwoordelike persone om die volgende te let:

(Meld hier enige besonderhede in verband met u kind se gesondheid en/of enige bedrywighede waaraan hy/sy nie mag deelneem nie.)

INLIGTING BENODIG IN GEVAL VAN MEDIESE/HOSPITAAL BEHANDELING:

1. Naam en van - Huisdokter: _____
2. Kontaknommer - Huisdokter: _____
3. Naam van Mediese Fonds: _____ Lid nr: _____
4. Tydens nood, kontak asseblief die volgende persone indien ouers nie beskikbaar is nie:

	Persoon 1*	Persoon 2*
Volle naam en van:	_____	_____
Selfoon no:	_____	_____
Verwantskap:	_____	_____

Ek onderneem as ouer/voog dat ek nie die OOV, sentrum of betrokke onderwyser / toesighouer aanspreeklik sal hou vir enige skade of vergoeding en/of enige aksie waar ek op geregtig mag wees, voortspruitend uit enige voorval en of gebeurlikheid, wat te wyte is aan sodanige onderwyser / toesighouer, en/of enige persoon verbonde aan die sentrum se optrede wat mag ontstaan het tydens die aktiwiteit van bogenoemde nie, hetsy dit ontstaan het tydens oefeninge of optrede van welke aard ook al, of vervoer na of van die betrokke plek of enige of enige gebeurlikheid tydens bogenoemde kleuter se optrede tydens die aktiwiteit soos deur die skool / sentrum gereël nie. Art 39(1) van die Wet op Kindersorg (Wet 74 van 1993) bepaal dat 'n geneesheer en/of die superintendent van die hospitaal mag besluit op 'n noodoperasie of nood mediese behandeling indien die wettige voog of ouer nie beskikbaar is nie. Die sentrum se verteenwoordiger kan nie hiervoor verantwoordelik gehou word nie. Ek doen hiermee uitdruklik afstand, en vrywaar die OOV, sentrum of betrokke onderwyser / toesighouer van enige sodanige eise wat ek moontlik mag instel voortspruitend uit so 'n gebeurlikheid.

Geteken deur die Ouer/Voog te Polokwane op hierdie _____ dag van _____ 20____.

_____ Handtekening van ouer

_____ Handtekening van ouer

_____ Handtekening van rekeningpligtige

_____ Getuie

DIS 'N FEES OM 'N TEDDIE TE WEES!

NPC 2012/117852/08

Beide ouers parafeer asb.