

## ANMELDUNG

### zum Besuch der MS Dr. Th. Körner-Kapfenberg

Schüler:in	
Familiennamenameline	Vorname
Geschlecht:	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum:	Tag: ..... Monat: ..... Jahr: .....
Sozialversicherungsnr.: .....	
Geburtsort:	Staatsbürgerschaft: .....
Muttersprache:	In Österreich seit: .....
Religion: .....	
PLZ, Wohnort: .....	
Straße, Nr.: .....	
Zuletzt besuchte Schule: .....	

Sprenghel: Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------

Daten der Erziehungsberechtigten	
Name der Mutter:	.....
Adresse:	.....
Handy (Mutter):	.....
Email-Adresse:	.....
Name des Vaters:	.....
Adresse:	.....
Handy (Vater):	.....
Email-Adresse:	.....
Beruf:	Mutter: ..... Vater: .....

Zur Anmeldung mitzubringen sind bitte:  
**Meldezettel** und die aktuelle **Schulnachricht bzw. das letzte Jahreszeugnis** im Original.

Datum: .....

Unterschrift: .....

## Einwilligungserklärung gemäß DSGVO:

Ich erteile die Einwilligung, dass personenbezogene Daten von mir und meinem Kind von der MS Dr. Th. Körner-Kapfenberg gespeichert, verarbeitet und archiviert werden.

Fotos, Ton- und Videoaufnahmen (z.B. von Musicals, Schulveranstaltungen) können in diversen Medien (Gemeindenachrichten, Homepage, Instagram, ...) veröffentlicht werden.

Ja     Nein

.....  
Datum, Unterschrift

## Einverständniserklärung Blackout

Mein Kind darf / wird im Falle eines Blackouts ... (bitte zutreffendes ankreuzen)

- nach Unterrichtsende (laut Stundenplan) alleine nach Hause gehen.
- mit seinen Geschwistern – ohne Begleitung eines/r Erwachsenen – nach Hause gehen.
- mit folgender Schüler:in bzw. folgender Familie mitgehen:

..... Klasse: \_\_\_\_\_

***Unterrichtsende ist spätestens nach der 6. Stunde um 13:20 Uhr. Nachmittagsunterricht entfällt.***

Ich habe die Informationen, wie im Falle eines Blackouts an der MS Dr. Th. Körner-Kapfenberg gehandelt wird, gelesen und zur Kenntnis genommen.

Ja     Nein

.....  
Datum, Unterschrift

## Einverständniserklärung zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten

Ich erteile die Einwilligung meinem Kind im Katastrophenfall – nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden – Kaliumjodidtabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen zur Einnahme von Kaliumjodidtabletten bekannt sind.

Ja     Nein

.....  
Datum, Unterschrift