



Offene Volksschule
Vienna Bilingual School
Global Education Primary School
1220 Wien, Meißnergasse 1
Tel./Fax: 01 / 4000 56 37 20

www.ovsmeissnergasse.schule.wien.at

NOTFALLS- ADRESSEN

--

Wichtig! Alle Informationen werden vertraulich behandelt und sind nur für den Notfall gedacht! Danke für Ihre Mithilfe!

Familiename des Kindes:	
Vorname des Kindes:	
Geburtsdatum:	
Wohnadresse:	

Kontaktpersonen - Name:	Telefonnummer:
-------------------------	----------------

1.	Mutter:		
2.	Vater:		
3.			
4.			
5.			
6.			

Kontakt- Emailadress	
-------------------------	--

Sozialversicherungsnummern - 10stellig:

Vater:	_____ / _____	Kind:	_____ / _____	
Mutter:	_____ / _____	Das Kind ist mitversichert bei:		

Wichtige Informationen (Allergien, Krankheiten, notwendige Medikamente, Behinderungen):
--

Einverständniserklärung zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten an der Schule:

<input type="checkbox"/> JA , ich erteile meine Einwilligung.	<input type="checkbox"/> NEIN , ich erteile meine Einwilligung nicht.
--	--

Hiermit gebe ich die Erlaubnis, Fotos meines Kindes in der Homepage der OVS Meißnergasse zu verwenden:

<input type="checkbox"/> JA , ich erteile meine Einwilligung.	<input type="checkbox"/> NEIN , ich erteile meine Einwilligung nicht.
--	--

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------



Offene Volksschule
Vienna Bilingual School
Global Education Primary School
1220 Wien, Meißnergasse 1
Tel./Fax: 01 / 4000 56 37 20

www.ovsmeissnergasse.schule.wien.at

NOTFALLS- ADRESSEN

--

Wichtig! Alle Informationen werden vertraulich behandelt und sind nur für den Notfall gedacht! Danke für Ihre Mithilfe!

Familiename des Kindes:	
Vorname des Kindes:	
Geburtsdatum:	
Wohnadresse:	

Kontaktpersonen - Name:	Telefonnummer:
-------------------------	----------------

1.	Mutter:		
2.	Vater:		
3.			
4.			
5.			
6.			

Kontakt- Emailadress	
-------------------------	--

Sozialversicherungsnummern - 10stellig:

Vater:	_____ / _____	Kind:	_____ / _____	
Mutter:	_____ / _____	Das Kind ist mitversichert bei:		

Wichtige Informationen (Allergien, Krankheiten, notwendige Medikamente, Behinderungen):
--

Einverständniserklärung zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten an der Schule:

<input type="checkbox"/> JA , ich erteile meine Einwilligung.	<input type="checkbox"/> NEIN , ich erteile meine Einwilligung nicht.
--	--

Hiermit gebe ich die Erlaubnis, Fotos meines Kindes in der Homepage der OVS Meißnergasse zu verwenden:

<input type="checkbox"/> JA , ich erteile meine Einwilligung.	<input type="checkbox"/> NEIN , ich erteile meine Einwilligung nicht.
--	--

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------