

## HORT - ANMELDUNG für das Schuljahr 2026/27

Anmeldefrist: 06. März 2026

<b>Schülerin/Schüler</b>			
Familienname	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers		
Vornamen			
Geburtsdatum   Geburtsort	Datum	Ort	Staat
Geburtstermin lt. MuKi-Pass	Datum	Sozialversicherungsnummer	
Staatsbürgerschaft(en)	1	2	
Religionsbekenntnis			
Erstsprache   Zweitsprache	1	2	
Zahl der Geschwister		davon am Campus Ort (Name, Klasse)	
<b>Erziehungsberechtigte</b>	Bitte nur gesetzliche Erziehungsberechtigte eintragen!		
	<b>Erziehungsberechtigte/r 1</b>	<b>Erziehungsberechtigte/r 2</b>	
Titel, Vor- u. Zuname			
Postleitzahl, Ort			
Straße, Hausnummer			
Beruf			
Telefon 1			
Telefon 2			
Email			
Schüler/in lebt im gemeinsamen Haushalt:	<input type="radio"/> Ja / <input type="radio"/> Nein		<input type="radio"/> Ja / <input type="radio"/> Nein
<b>Fragen an Sie als Eltern/Erziehungsberechtigte</b>			
Wer kann in dringenden Fällen kontaktiert werden (wenn Eltern nicht erreichbar)?			
Gibt es Personen von denen das Kind NICHT abgeholt werden darf?			
<input type="radio"/> Ja _____ <input type="radio"/> Nein			

Impfungen: <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> FSME			
Weitere: _____			
Welche Krankheiten hatte das Kind?			
Worauf muss im Hort geachtet werden (Allergien, Herzfehler, Diabetes,...)			
Erhält das Kind spezielle Förderung oder Therapie?			
Name, Tel.Nr. des Hausarztes			
Besuchte das Kind bereits eine Einrichtung (Tagesmutter, Kindergarten, Hort,...)? Welche/n?			
Hortbetreuung			
Bedarf Hortbetreuung (Mo – Do max. 17:30 Uhr, Fr bis max. 16:30 Uhr)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein		
Montag bis:	Uhr		
Dienstag bis:	Uhr		
Mittwoch bis:	Uhr		
Donnerstag bis:	Uhr		
Freitag bis:	Uhr		
Sonstiges			
Einverständniserklärung zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten: (Infos liegen im Hort auf)			
<input type="checkbox"/> JA, ich erteile entsprechend dem beiliegenden Merkblatt 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.			
<input type="checkbox"/> NEIN, ich erteile die Einwilligung nicht			

Ja, ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Falle der Aufnahme meines Kindes an der Volksschule Ort die angeführten Daten an den Elternverein weitergegeben werden.

Ich habe die Information zum Datenschutz nach § 13 DSGVO des Schulvereines der Kreuzschwestern erhalten und zur Kenntnis genommen!

Gmunden, am

Unterschrift

**Schulverein der Kreuzschwestern**

4810 Gmunden, Pensionatstraße 9, Austria, Telefon +43 7612 64951-0, Fax DW 50

e-mail: [office@gmunden.kreuzschwestern.at](mailto:office@gmunden.kreuzschwestern.at); [www.campusort.at](http://www.campusort.at)

IBAN AT23 3451 0000 0955 0252, BIC RZOOAT2L510; DVR 4012087, UID ATU56974108, ZVR 311991768