

**HORT - ANMELDUNG für das Schuljahr 2026/27**

Anmeldefrist: 06. März 2026

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