



Laerskool OUTENIQUA Primary

CATHEDRALSTRAAT/STREET, P.O. BOX/POSBUS 1086, GEORGE 6530

TEL 044-8732292 • FAX 044-8734743

E-MAIL outeniquaprim@gmail.com • www.outeniquaprim.co.za

AANSOEK OM TOELATING TOT SKOOL

Vir kantoorgebruik:

Toelatingsdatum	Toelatingsnommer	Toegelaat tot graad

Balangrike inligting rondom aansoeke:

- Aansoeke moet volledig onderteken word.
- Alle dokumentasie moet die aansoek vergesel. (U moet self die nodige afskrifte maak)
- Maak asseblief seker dat u die korrekte kontakbesonderhede voorsien.
- Oorplasingvorm van vorige skool moet met die eerste dag van bywoning by Laerskool Outeniqua ingehandig word.
- Voltooi asseblief een vorm per leerder en heg die volgende afskrifte aan:

DOKUMENT	INGESLUIT
Afskrif van geboortesertifikaat	
Afskrif van Immuniseringskaart	
Afskrif van leerder se laaste rapport van vorige skool	

Let asseblief daarop dat aansoeke sonder bogenoemde as onvolledig beskou word en DUS NIE OORWEEG WORD NIE.

Besonderhede van leerder:

Van	
Volle name	
Geslag	
Geboortedatum	Dag: Maand: Jaar
Vorige skool bygewoon	
Adres van vorige skool	
Datum waarop skool verlaat is	
Graad geslaag	Graad: Jaar:
Enige ander skole deur leerder bygewoon	

Onderneming deur ouer(s)/voog:

Hiermee onderneem ek namens my kind en myself om:

- * Die skool se leuse en missie te aanvaar en te respekteer.
- * Die skoolreëls en gedragkode soos in die prospektus vervat, te eerbiedig.
- * Die gesag van die skoolhoof, die leerkragte en die prefekte te respekteer.
- * Die voorgestelde onderriggelede, soos jaarliks deur die Beheerliggaam vasgestel, te betaal of om alternatiewe reëlins ten opsigte van betaling te tref.
- * My kind aan te moedig en te ondersteun in alle skoolaktiwiteite en buitemuurse bedrywighede.
- * Die skoolhoof in kennis te stel as my kind die skool gaan verlaat en om dan alle handboeke, biblioteekboeke en ander items wat van die skool geleen is, terug te besorg.

Bybelonderrig

Het u as ouer of voog van bogenoemde leerder, enige gewetensbeswaar dat hy/sy aanwesig is wanneer Bybelonderrig gegee word.

JA

NEE

Algemene vrywaringsvorm

Ek, die ondergetekende, ouer / voog van (Volle naam en van van kind) doen afstand van enige eis wat ek, enige gade of afhanklike van my mag hê teen Laerskool Outeniqua of die relevante Departement van Onderwys vir enige skade of besering van welke aard ookal ek, my gade of afhanklike mag ly as gevolg van my kind se deelname in enige sportaktiwiteit en sodanige uitstappie of aktiwiteit, sal op die uitsluitlike risiko van my, my gade of kind wees. Ek staan voormelde vrywaring / afstanddoening toe op die basis dat alle uitstappies en georganiseerde sportaktiwiteite gedoen sal word onder die toesig van 'n onderwyser of ander verantwoordelike persoon goedgekeur deur Laerskool Outeniqua en dat sodanige onderwyser of verantwoordelike persoon alles redelikerwys moontlik sal doen om die veiligheid van my voormelde seun / dogter te verseker

ALDUS GEDOEN en GETEKEN te _____ op die _____ dag van _____ 20____

HANDTEKENING : _____
(Vader / Moeder / Voog)

DATUM : _____ / _____ / _____

REGISTRASIE BESONDERHEDE

Leerder besonderhede

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20%;">Van:</td><td></td></tr> <tr><td>Noemnaam:</td><td></td></tr> <tr><td>Volle naam:</td><td></td></tr> <tr><td>Geslag:</td><td></td></tr> <tr><td>Geboortedatum:</td><td></td></tr> <tr><td>ID:</td><td></td></tr> <tr><td>Graad:</td><td></td></tr> <tr><td>Kerkverband:</td><td></td></tr> <tr><td>Huistaal:</td><td>Afr</td></tr> <tr><td></td><td>Eng</td></tr> <tr><td></td><td>IsiXhosa</td></tr> <tr><td></td><td>IsiZulu</td></tr> <tr><td></td><td>Ander</td></tr> <tr><td>Ras:</td><td>Swart</td></tr> <tr><td></td><td>Kleurling</td></tr> <tr><td></td><td>Indiër/Asiaat</td></tr> <tr><td></td><td>Blank</td></tr> <tr><td></td><td>Ander</td></tr> </table>	Van:		Noemnaam:		Volle naam:		Geslag:		Geboortedatum:		ID:		Graad:		Kerkverband:		Huistaal:	Afr		Eng		IsiXhosa		IsiZulu		Ander	Ras:	Swart		Kleurling		Indiër/Asiaat		Blank		Ander	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20%;">Toelatingsdatum:</td><td></td></tr> <tr><td>Vorige skool:</td><td></td></tr> <tr><td>Broers of susters in hierdie skool:</td><td></td></tr> <tr><td>Mediese skema (naam en no) :</td><td></td></tr> <tr><td>Huisdokter</td><td></td></tr> <tr><td>Dokter tel:</td><td></td></tr> <tr><td>Allergieë:</td><td></td></tr> </table> <p style="margin-top: 20px;">SA Burger <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>	Toelatingsdatum:		Vorige skool:		Broers of susters in hierdie skool:		Mediese skema (naam en no) :		Huisdokter		Dokter tel:		Allergieë:	
Van:																																																			
Noemnaam:																																																			
Volle naam:																																																			
Geslag:																																																			
Geboortedatum:																																																			
ID:																																																			
Graad:																																																			
Kerkverband:																																																			
Huistaal:	Afr																																																		
	Eng																																																		
	IsiXhosa																																																		
	IsiZulu																																																		
	Ander																																																		
Ras:	Swart																																																		
	Kleurling																																																		
	Indiër/Asiaat																																																		
	Blank																																																		
	Ander																																																		
Toelatingsdatum:																																																			
Vorige skool:																																																			
Broers of susters in hierdie skool:																																																			
Mediese skema (naam en no) :																																																			
Huisdokter																																																			
Dokter tel:																																																			
Allergieë:																																																			

Ouer/Voog Inligting

	Ouer / Voog 1	Ouer / Voog 2
Verwantskap:		
Huwelikstatus:		
Titel:		
Van:		
Naam:		
ID:		
Beroep:		
Werkgewer:		
Huistelefoon:		
Werk telefoon:		
Selfoon:		
Woonadres:		
Posadres:		
E-posadres:		