

1. LEERDERBESONDERHEDE

A. PERSOONLIK

VAN:	GESLAG: M/V	HUISTAAL: AFR / ENG
		TAAL VAN ONDERRIG: AFR / ENG

VOLLE NAAM:	TOELATINGSDATUM:
	OUDERDOM:jaarmaande

I.D. NOMMER																			
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NASIONALITEIT:

B. VORIGE SKOOL

NAAM EN ADRES VAN VORIGE SKOOL/DAGSORG WAT LEERDER BESOEK HET.
--

C. ANDER

AANTAL KINDERS IN DIE GESIN	
-----------------------------	--

IS LEERDER DIE 1STE, 2DE, 3DE OF 4DE KIND	
---	--

D. MEDIES

ONDERSTREEP siekte(s) wat leerder gehad het: MASELS; DUITSE MASELS; PAMPOENTJIES; WATERPOKKIES; KINKHOES

MELD ander belangrike siektes waaraan leerder ly of gely het: bv. ASMA; EPILEPSIE; DIABETES ens.
--

ONDERSTREEP siekte(s) waarteen leerder geïmuniseer is: TUBERKULOSE (B.C.G.); WITSEERKEEL; MASELS; KINKHOES; TETANUS; DUITSE MASELS; PAMPOENTJIES; POLIOMIËTIS

LW: Leerders behoort voor skoolbywoning teen AL die genoemde siektes geïmuniseer te wees. Imunisering teen POLIOMIËLITUS en TUBERKULOSE (B.C.G.) is volgens wet VERPLIGTEND. By die EERSTE TOELATING van leerder tot 'n skool, word skriftelike bewys van bogenoemde vereis.

ALLERGIEë:

OPERASIE(S) wat leerder ondergaan het. Gee datum(s) en aard van operasie(s):

HUISDOKTER:.....	TELEFOONNOMMER:.....
------------------	----------------------

MEDIESE FONDS:.....	MEDIESE FONDSNOMMER:.....
---------------------	---------------------------

NAASBESTAANDE:.....	NAASBESTAANDE:.....
ADRES:.....	ADRES:.....
TELEFOONNOMMER(S):.....	TELEFOONNOMMER(S):.....
SELFOON:.....	SELFOON:.....

Hierdie inligting word benodig indien nie een van die ouers in 'n noodgeval opgespoor kan word nie.

E. ONTWIKKELING

Dui asb. aan op watter ouderdom u kind die volgende bereik het:

Sit	
Kruip	
Loop	
Praat (enkel woordjies)	
Praat (kort sinne)	
Gebruik toilet in dag (van doek af)	

2. FAMILIEBESONDERHEDE:

VADER: VADER / STIEFVADER / WETTIGE VOOG (Onderstreep wat van toepassing is en heg wettige bewyse aan)	MOEDER: MOEDER / STIEFMOEDER / WETTIGE VOOG (Onderstreep wat van toepassing is en heg wettige bewyse aan)
HUWELIKSTAAT:	HUWELIKSTAAT:
I.D. NOMMER:	I.D. NOMMER:
TITEL EN NOEMNAAM:	TITEL EN NOEMNAAM:
VAN:	VAN:
STRAATADRES:	STRAATADRES:
POSKODE:	POSKODE:
POSADRES: (INDIEN DIT VERSKIL)	POSADRES: (INDIEN DIT VERSKIL)
POSKODE:	POSKODE:
TELEFOONNOMMERS: (H) (W)..... (SEL) E-POS	TELEFOONNOMMERS: (H) (W)..... (SEL) E-POS
BEROEP:	BEROEP:
NAAM VAN BESIGHEID:	NAAM VAN BESIGHEID:
FISIESE ADRES:	FISIESE ADRES:
TELEFOONNOMMER:	TELEFOONNOMMER:
E-POS (WERK):	E-POS (WERK):

3. ONDERRIGGELD

Naam & Van van leerder:Klas.....

BETALINGSOORENKOMS: Ek / Ons onderneem om ons skoolfonds te betaal: **Albei ouers se inligting moet verskaf word.**

NAAM EN VAN:.....	NAAM EN VAN:.....
ID NR:.....	ID NR:.....
TEL:.....SEL:.....	TEL:.....SEL:.....
E-POS:.....	E-POS:.....
VERWANTSKAP:.....	VERWANTSKAP:.....
HANDTEKENING:.....	HANDTEKENING:.....

ONDERNEMING DEUR OUER / VOOG t.o.v. BETALING VAN ONDERRIGGELD

- Ek / Ons neem kennis dat onderriggeld gehef word op 1 Januarie en is betaalbaar voor of op die 5de van elke maand.
- Ek / Ons is aanspreeklik vir die betaling van onderriggelde. Indien 'n verpligting vir meer as 30 dae uitstaande is, sal die Bestuur geregtelike stappe doen om hierdie skuld in te vorder. Indien ek / ons sou weier, versuim of in gebreke bly om die verskuldige onderriggelde op die dag van betaling te betaal, sal die volle balans aan rekenpligtige ouer/voog aanspreeklik wees vir betaling van alle regs-kostes ter verhaling daarvan op 'n Prokureur- en eie Kliënteskaal, asook vir invorderingskommissie.
- Ek / Ons erken Ontvangs van die brief ter inligting van die jaarlikse onderriggeld.

BETALINGSWYSE WAT OORWEEG KAN WORD: (merk asb. in blokkie met x)

A	Maandeliks – 12 gelyke paaiemente (Januarie – Desember)
B	Kwartaalliks – Vier (4) betalings
C	Eenmalig – Volledige vereffening van onderriggeld

- Ek/Ons neem kennis dat BEIDE ouers verantwoordelik is vir die betaling van onderriggeld.
- Ek/Ons onderneem om Divine Kids Speelskool onmiddellik skriftelik in kennis te stel indien problem met betaling van onderriggeld ondervind word.
- Ek/Ons verklaar hiermee dat bogenoemde inligting waar en korrek is.

ONDERTEKEN TE _____ OP HIERDIE _____ DAG VAN _____ 20__

HANDTEKENING VAN OUER / VOOG
VERANTWOORDELIK VIR BETALING VAN REKENING

HANDTEKENING VAN TWEDE OUER

SKOOLHOOF



Speelskool en Nasorgsentrum Playschool and Aftercare Centre

Hoek van Devine en Dordelaan
Paarl

021 872 8162

divinekids@telkomsa.net

www.divinekids.co.za

AANSOEK OM TOELATING

VAN:	
VOLLE NAAM:	
NOEMNAAM:	
GEBORTE DATUM:	



BROER(S) EN SUSTER(S) IN ANDER SKOOL

(NAAM, VAN, SKOOL, GRAAD BV. JAN SMIT GIMNASIUM GRAAD 1)

SLEGS VIR KANTOORGEBRUIK

Afskrifte van BEIDE ouers se ID dokumente	
Afskrif van immuniseringskaart	
Afskrif van u kind se identiteitsdokument / geboortesertifikaat	
Afskrif van mediese fondskaart	
Registrasiefooi van R300 ontvang	

Dui asb. aan vir watter opsie u u kind inskryf vir 2016

- 5 dae voldag
- 5 dae halfdag
- 4 dae voldag
- 4 dae halfdag
- 3 dae voldag
- 3 dae halfdag

Tariewe is per maand vir 12 maande (volgende fooi verhoging is op 1 Maart 2017)

KLEUTERS (1 – 5 JAAR)		BABAS (3 MAANDE – 1 JAAR)	
5 Voldae	R2 160.00	5 Voldae	R2 200.00
5 Halfdae	R1 900.00	5 Halfdae	R2 000.00
4 Voldae	R1 730.00	4 Voldae	R1 760.00
4 Halfdae	R1 500.00	4 Halfdae	R1 590.00
3 Voldae	R1 300.00	3 Voldae	R1 330.00
3 Halfdae	R1 130.00	3 Halfdae	R1 200.00