



DATENBLATT in BLOCKSCHRIFT ausfüllen! Zutreffendes ankreuzen!

SchülerIn	
Zuname:	Vorname(n):
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Staatsbürgerschaft:	Sozialversicherungsnummer (E-Card):
Religionsbekenntnis:	Muttersprache:
Jahr des Schuleintritts in Österreich:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Zuletzt besuchte Schule:	Klasse:
Der Schüler/die Schülerin wohnt bei <input type="checkbox"/> den Eltern <input type="checkbox"/> der Mutter <input type="checkbox"/> dem Vater <input type="checkbox"/> sonst. :	
Allergien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche?
Chronische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche?
Medikamente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche?
Zeckenschutzimpfung (3. Teilimpfung oder Auffrischung) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besteht kein ausreichender Zeckenschutz (Impfung), übernehme ich die Verantwortung bei Folgen eines Zeckenbisses (Wandertage, Aufenthalt im Freien, in der Schule, Turnunterricht, Projektwoche, ...)	
Tetanusimpfung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fotos / Homepage / Zeitung Medien (Widerruf jederzeit möglich)	Ich bin mit der Veröffentlichung von Fotos meines Kindes auf der Schulhomepage, Social Medias und in Zeitungen bis auf Widerruf einverstanden. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fotograf	Ich bin mit der Verarbeitung der personenbezogenen Daten (Bilddaten, Name, Adresse, Ausweisdaten) zur Verwendung durch den Fotografen für meine Bestellung einverstanden. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kaliumjodidtabletten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ich erteile 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.
Rettung / Arzt (Widerruf jederzeit möglich)	Im Falle eines Rettungseinsatzes bin ich damit einverstanden, dass das Datenerhebungsblatt den Sanitätern ausgehändigt wird. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Im Notfall zu verständigen	
Eltern	
Mutter	<input type="checkbox"/> erziehungsberechtigt <input type="checkbox"/> nicht erziehungsberechtigt
Zuname:	Vorname:
Adresse:	
Telefon (privat)	
Telefon (Firma)	
Vater	<input type="checkbox"/> erziehungsberechtigt <input type="checkbox"/> nicht erziehungsberechtigt
Zuname:	Vorname:
Adresse:	
Telefon (privat)	
Telefon (Firma)	
Im Notfall zu verständigen (Name, Telefonnummer)	
E-MAIL Adresse des/der Erz.Berechtigten:	

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten _____