



Inskrywingsvorm 2020

INLIGTING VAN OUER

VAN: _____

NAAM VAN MA/VOOG: _____

SEL NO.:

NAAM VAN PA/VOOG: _____

SEL NO.:

E-POSADRES: _____

KONTAK NO. TYDENS DIENS: Ma se sel Pa se sel

INDIEN NIE-LIDMAAT VAN REPLIKA:

KERKVERBAND: BESOEKER: 1ste 2de gereeld

WAAR HET JY VAN ONS GEHOOR?

Vir maksimum veiligheid en bediening verstaan ek die volgende:

Dat my kind die beste bediening sal ontvang indien hy by sy eie ouderdomsgroep inskakel.

Dat ek my kind self by die registrasie tafel moet kom afhaal na afloop van die diens deur die toegekende naamkaartjie te gebruik.

As ouer/voog van geregistreerde kind, onderneem ek om die hele tyd op REPLIKA se perseel te bly. Indien ek die perseel moet verlaat vir watter rede ookal, sal ek my kind/ers kom afhaal en met my saamneem.

Hiermee gee ek toestemming vir toediening van basiese mediese behandeling waar nodig.

Daar sal slegs toesig wees tot en met 10min na afloop van diens bygewoon.

<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE

Ek onderneem ook om ten alle tye die bogenoemde selnommer (op "silent") beskikbaar te hou indien ek gekontak moet word.

Ek _____ ouer/voog gee hiermee toestemming vir die volgende:

- Dat foto's van my kind/ers, geneem tydens byeenkomste, gebruik kan word vir bemakingsdoeleindes.
- Dat my kind/ers aan aktiwiteite mag deelneem.

3. Ek aanvaar dat alle moontlike voorsorgmaatreëls getref is om die veiligheid van my kind/ers te verseker, maar dat dit die moontlikheid van fisiese beserings nie uitsluit nie. Ek onderneem dus om geen persone aan diens van REPLIKIDS, vir moontlike beserings verantwoordelik te hou nie.

Handtekening van ouer: _____ Datum: _____

INLIGTING VAN KINDERS 1ste KIND	INLIGTING VAN KINDERS 2de KIND
NAAM: _____	NAAM: _____
VAN: _____	VAN: _____
GEBOORTEDATUM: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	GEBOORTEDATUM: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
NAAM VAN SKOOL: _____	NAAM VAN SKOOL: _____
GESLAG: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	GESLAG: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
ALLERGIEË OF MEDIESE KONDISIES: _____	ALLERGIEË OF MEDIESE KONDISIES: _____

INLIGTING VAN KINDERS 3de KIND	INLIGTING VAN KINDERS 4de KIND
NAAM: _____	NAAM: _____
VAN: _____	VAN: _____
GEBOORTEDATUM: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	GEBOORTEDATUM: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
NAAM VAN SKOOL: _____	NAAM VAN SKOOL: _____
GESLAG: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	GESLAG: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
ALLERGIEË OF MEDIESE KONDISIES: _____	ALLERGIEË OF MEDIESE KONDISIES: _____

JY AS OUER KAN BETROKKE RAAK DEUR:

"It takes a village to raise a Child"

Registrasie van kinders	- Een keer per maand of meer gereeld as jy kan	<input type="checkbox"/>	Vorbereiding van lokale	- Een keer per maand of meer gereeld as jy kan	<input type="checkbox"/>
Kleingroepleier	- 1x elke 3/4 weke	<input type="checkbox"/>	Aanbieder	- Een keer per maand of meer gereeld as jy kan	<input type="checkbox"/>
Verversings te maak	- 1x per maand vir 'n Sondag	<input type="checkbox"/>	Gebedsplan	- Deurlopend, versoeke sal op Whatsapp deurgee word	<input type="checkbox"/>