



1230 Wien, Anton-Baumgartner-Straße 44/ Schule 1  
direktion.923041@schule.wien.gv.at  
<https://gtvs-alterlaa.schule.wien.at>  
+431 4000 563970



## **EINVERSTÄNDNIS DER ELTERN-** **ab dem SCHULJAHR 2024/25**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ SVNr. \_\_\_\_\_

Name des/der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Die Angaben der nächsten beiden Seiten gelten bis zum  
Widerruf durch die Erziehungsberechtigten.**

### **HAUSORDNUNG UND SCOOTER-Abstellung**

JA, ich habe die Hausordnung erhalten und gelesen. Ich bin mir meiner erzieherischen Verantwortung über die korrekte Scooter-Abstellung bewusst.

### **DATENKORREKTHEIT**

JA, werde Änderungen von Obsorgeregelungen, Adressdaten (Meldezettel), Telefonnummern und Email-Adressen umgehend an die Schulleitung melden und auch die Schoolfox-Notfallkontakte immer aktuell halten.

### **BLACKOUT- INFORMATION**

JA, ich habe die Information über die organisatorische Regelung im Fall eines Blackouts erhalten und gelesen.

### **Aufnahme und Veröffentlichung von Fotos meines Kindes**

JA, ich erteile für die Dauer des Schulbesuches die Einwilligung, dass fotografische Bilder meines Kindes angefertigt werden, um den Alltag und Aktivitäten in der Schule festzuhalten und auch den Eltern von Mitschüler\*innen zur Verfügung gestellt werden dürfen.

JA, ich erteile für die Dauer des Schulbesuches die Einwilligung, dass fallweise Fotos auf denen auch mein Kind in einer Kindergruppe zu sehen ist auf der Homepage der Schule veröffentlicht werden dürfen.

NEIN, ich erteile KEINE Einwilligung zur Anfertigung und Veröffentlichung von Fotos.



1230 Wien, Anton-Baumgartner-Straße 44/ Schule 1  
direktion.923041@schule.wien.gv.at  
<https://gtvs-alterlaa.schule.wien.at>  
+431 4000 563970



## GESUNDHEITS-INFORMATIONEN

### **Abgabe von Kaliumjodidtabletten nach Kernkraftwerksunfällen**

Ich habe die Information über die Vergabe von Kaliumjodidtabletten erhalten, gelesen und zur Kenntnis genommen.

- JA, ich erteile für die Dauer des Schulbesuches die Einwilligung, meinem Kind nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodid-Tabletten zu verabreichen. Ich bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten und Gegenanzeigen zur Einnahme der Tabletten bekannt sind, und dass ich bei Bekanntwerden von Unverträglichkeiten oder Gegenanzeigen die Schule unverzüglich verständigen werde.
- NEIN, ich erteile die Einwilligung nicht, meinem Kind nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodid-Tabletten zu verabreichen

### **Diabetes**

- JA, mein Kind hat Diabetes.
- Diabetes-Typ:       Typ 1       Typ 2       Typ 3
- NEIN, mein Kind hat kein Diabetes.

### **Allergien**

- JA, bei meinem Kind bestehen folgende Allergien.
- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> ..... | <input type="radio"/> ..... |
| <input type="radio"/> ..... | <input type="radio"/> ..... |
| <input type="radio"/> ..... | <input type="radio"/> ..... |
- NEIN, mein Kind hat keine Allergien.

### **Epilepsie**

- JA, bei meinem kann es zu epileptischen Anfällen kommen.
- NEIN, bei meinem Kind sind keine epileptischen Anfälle zu erwarten.

### **Medikamente**

- JA, mein Kind muss in der Schule Medikamente einnehmen.
- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> ..... | <input type="radio"/> ..... |
| <input type="radio"/> ..... | <input type="radio"/> ..... |
- NEIN, mein Kind muss in der Schule keine Medikamente einnehmen.