



KONTIKI Preprimêr

Genl Hertzogstraat 100
Dan Pienaar
Bloemfontein

Posbus 28076
Danhof
9310

Tel: (051) 436 3370
E-pos: info@kontiki.co.za
Webwerf: www.kontiki.co.za

TOESTEMMING EN VRYWARINGSVORM

Ek,, die ouer / voog van
.....(kind se volle name en van),
verleen hiermee my toestemming dat my kind aan enige skoolbedrywighede of uitstappies, van welke aard
ookal, mag deelneem. Ek dra my magte as ouer/voog vir die duur van die uitstappie oor aan die
diensdoenende onderwysers, indien mediese behandeling vir my kind nodig mag wees.

Ek versoek egter die verantwoordelike persone om op die volgende te let:

.....
(meld enige medikasie of allergieë).

Ek gee ook toestemming dat opnames van my kind gemaak mag word, deur middel van cctv kameras en dat
daar met tye foto's op sosiale media geplaas mag word. Ja / Nee

Inligting nodig in geval van mediese of hospitaalbehandeling:

Naam en adres van werkgewer:
Naam van mediese fonds:
Med. fondsno: Med. fondsplan/-opsie:
Woodadres van ouer / voog:
.....

Telefoonnommersnommers:

Huis:
Vader (werk):(selfoon):
Moeder (werk): (selfoon):

Ek aanvaar dat alle redelike voorsorg getref sal word vir die veiligheid en welstand van my kind en dat ek
verantwoordelik gehou sal word vir die betaling van mediese en/of hospitaalrekeninge wat nie deur die skool
se versekering gedek word nie.

Ek erken dat die Beheerliggaam, die verantwoordelike skoolpersoneel en behulpssame lede van die
skoolgemeenskap nie aanspreeklik is vir enige vorderings weens beserings of enige skade of verlies (ook
lewensverlies) wat mag ontstaan uit die deelname deur my kind aan enige skoolaktiwiteite nie, hetsy kurrikulêr
of buiteturrikulêr, van welke aard ookal en voortspruitend uit welke oorsaak ookal.

.....
HANDTEKENING (OUER/VOOG)

.....
TELEFOON

.....
ID NOMMER

.....
DATUM