



LAERSKOOl  
**MIDSTREAM COLLEGE**  
PRIMARY

Tel: (012) 661-0590  
Ashfordstraat 1 Ashford Street  
8 Midstream Estate, 1692  
Mnr / Mr Wouter Rothmann

LAERSKOOl  
**MIDSTREAM RIDGE**  
PRIMARY

Tel: (012) 940-9122  
Ridgewaylaan 1 Ridgeway Avenue  
8 Midstream Estate, 1692  
Mnr / Mr Nico Loggenberg



**VRYWARING / TOESTEMING**

**MS006A**

Ek/Ons, .....ouers/voogde van  
*(Volle Name van Ouers/Voogde)*

....., in Graad ....., gee hiermee toestemming  
*(Volle Name en Van van Leerder)*

dat my kind aan alle skool-aktiwiteite, wat die volgende insluit, mag deelneem: Sport, Kultuur, Uitstappies, Toere en Pret-aktiwiteite.

Ek aanvaar dat redelike voorsorg getref sal word om ongelukke, beserings en verliese te voorkom en vrywaar hiermee **Laerskool Midstream College Primary / Laerskool Midstream Ridge Primary** teen enige eis wat ingestel kan word ten opsigte van besering, ongeluk, verlies of skade wat genoemde kind mag ondervind gedurende bogenoemde aktiwiteite.

Ek gee hiermee toestemming dat enige foto's en videos wat van my kind geneem word, vir publikasie-doeleindes van die skool gebruik mag word.

GETEKEN TE ..... OP HIERDIE ..... DAG VAN .....20.....

HANDTEKENING: .....  
(MOEDER/VOOG)

HANDTEKENING:.....  
(VADER/VOOG)

Moet geteken word deur beide biologiese ouers of wettige voogde

| MEDIESE VORM                 |          |                  |  |
|------------------------------|----------|------------------|--|
| LEERDERBESONDERHEDE          |          |                  |  |
| Leerder se Volle Name en Van |          |                  |  |
| Leerder se Geboortedatum     | JJ-MM-DD | Graad            |  |
| Leerder se ID nommer         |          |                  |  |
| Broer/Suster 1               |          | Graad            |  |
| Broer/Suster 2               |          | Graad            |  |
| Vader/Voog Naam              |          | Moeder/Voog Naam |  |
|                              |          |                  |  |
| Adres                        |          | Adres            |  |
|                              |          |                  |  |
|                              |          |                  |  |
| Tel nr (H)                   |          | Tel nr (H)       |  |
| Tel no (W)                   |          | Tel no (W)       |  |
| Sel                          |          | Sel              |  |

| ALTERNATIEWE KONTAKPERSOON         |  |  |     |   |  |
|------------------------------------|--|--|-----|---|--|
| Volle Naam en Van                  |  |  |     |   |  |
| Verwantskap aan leerder            |  |  |     |   |  |
| Tel nr (H)                         |  | Tel nr (W)                               |     | Sel   |  |
| MEDIESE FONDS BESONDERHEDE         |  |  |     |   |  |
| Geen Mediese Fonds                 |  |  |     |   |  |
| Mediese Fonds                      |  | Hospitaal Plan                           |     | Privaat   |  |
| Mediese Fonds Naam                 |  |  |     | Fondsnommer   |  |
| Hooflid                            |  |  |     | Opsie   |  |
| Familiédokter                      |  |  |     | Familiédokter Kontaknommer  |  |
| MEDIESE TOESTAND                   |  |  |     |   |  |
| Siekte Toestand                    |  | Behandeling / Medikasie wat gebruik word |     | Toepaslike / Voorkomende aksie wat deur die skool geneem kan word |  |
|                                    |  |  |     |   |  |
|                                    |  |  |     |   |  |
| ALLERGIEË                          |  |  |     |   |  |
| Medies:(bv Bysteeek / Paracetamol) |  |  |     |   |  |
| Voedsel:(bv Neute)                 |  |  |     |   |  |
| ALGEMEEN                           |  |  |     |   |  |
| Kan u kind swem?                   |  | Ja                                       | Nee |   |  |

| ONDERSTEUNING  |                    |                                  |
|--|--------------------|----------------------------------|
| <i>Arbeidsterapie / Spraakterapie / Sielkundige / Remediëring / Ander</i>  |                    |                                  |
| Datum  | Rede vir Verwysing | Terapeut se Naam en Kontaknommer |
|  |                    |                                  |
|  |                    |                                  |
|  |                    |                                  |
| <b>Het u 'n duidelike kopie van die mediese fonds kaart aangeheg?</b><br><i>(*n Duidelike afskrif van die voor- en agterkant van die mediese fonds kaart word verlang)</i> |                    |                                  |

