HOËRSKOOL WATERKLOOF
ONS BOU IN GELOOF
Sedert 1979

Posbus 25085, Monumentpark,
Pretoria, 0105
Tel: (012) 347 0277
Faks: (012) 347 0279
E-pos: klofies@klofies.co.za
www.klofies.co.za

BUSVERVOER: ZAMBESI & STORMVOËL

Die Zambesi | Stormvoël-bussie stop by die volgende punte:

TYD	STRAATNAAM	PLEK
06:30	Hoek van Veda- en Sefako Makghatoweg (ou Zambeziweg)	Builders Warehouse
06:45	Stormvoëlweg	Sasol-garage en KFC

LEERDERINLIGTING

VAN:	
DOOPNAME:	
NOEMNAAM:	
GRAAD EN KLAS:	
REKENINGNOMMER:	

OOREENKOMS

- Ek ____ (ouer/voog) stel belang dat my bogenoemde kind van die busvervoer gebruik maak.
- Ek onderneem hiermee om die finansiële verpligtinge wat met die diens gepaardgaan, na te kom.
- Die vervoerkoste beloop **R1 265** per maand vir tien (10) maande vanaf Februarie tot November. Die bedrag is onderhewig aan brandstofprys verhogings.
- Indien u vir subsidie kwalifiseer, of nie in staat is om die heffing te betaal nie, mag u kind nie van die vervoer met die addisionele heffing gebruik maak nie.

Geteken te _____________________________________ op die ________ dag van __________________20________.

HANDTEKENING:____________________________________ KONTAKNOMMER: __________________________

TOESTEMMINGSBRIEF VIR 'N LEERLING OM VAN DIE SKOOL SE BUSVERVOER GEBRUIK TE MAAK VIR DIE JAAR 2026

Ek, ____[volle naam en van], die ouer/voog

van ____[volle naam en van van leerling] gr. ____/____

ID; ____gee hiermee toestemming dat hy/sy van die skool se busvervoer gebruik kan maak.

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, indien van toepassing, in die geval van 'n besering wat nie aan die nalatigheid van die verantwoordelike personeel toegeskryf kan word nie.

Ek dra my magte as ouer/voog oor aan die hoof van die skool of sy verteenwoordiger indien mediese behandeling/chirurgiese prosedures vir my kind nodig mag wees. Sover ek weet, is hy/sy fisies in staat om aan die genoemde aktiwiteite deel te neem en verkeer hy/sy in ‘n goeie gesondheidstoestand.

Ek versoek egter dat die verantwoordelike persone op die volgende sal let: [*Noem asseblief aspekte waarvan die onderwyspersoneel bewus moet wees, bv. allergieë, geneigdheid tot abnormale bloeding, epileptiese aanvalle, ens.*

____

____

Die volgende inligting is noodsaaklik in geval van mediese behandeling of hospitalisasie indien u ‘n mediese fonds het:

Naam en Van (Hooflid):	
ID-nommer (Hooflid):	
Mediese fondsnaam:	
Lidnommer:	
Magnommer [Staande Mag, S.A. Polisie, ens.]:	
Afhanklikheidskode:	
Woonadres van ouer/voog:	
Telefoonnommer:	

Indien u nie ‘n mediese fonds het nie, neem kennis van die volgende prosedure wat gevolg gaan word.

1. Indien dit ‘n lewensgevaarlike noodgeval is, sal die leerder per ambulans na ‘n staatshospitaal geneem word vir verdere behandeling. U as ouers sal verantwoordelik wees vir die kostes van die ambulans.

2. Indien die besering nie lewensgevaarlik is nie, sal u die keuse hê om u kind te kom haal en of toestemming te gee vir die gebruik van die ambulans. Neem kennis dat indien u kind se toestand verander gedurende die tydperk waartydens daar gewag word, sal ons moet intree en sal ons dan van die ambulans gebruik moet maak.

Ek verstaan dat die skool nie aanspreeklik gehou kan word vir enige ambulanskostes nie.

______________________________ ______________________

HANDTEKENING VAN OUER/VOOG: **DATUM**: