



NPO 61103

# ES LE GRANGE

**SKOOL  
SCHOOL**

LSOB: Leerders met spesiale onderwysbehoefte  
LSEN: Learners with special education needs

Tel.: (018)2907047/9  
Faks/Fax. (018)2907048  
E-pos/E-mail: [admin@espotch.co.za](mailto:admin@espotch.co.za)  
Posbus/PO Box 19722  
NOORDBRUG, 2522  
POTCHEFSTROOM

## ALGEMENE TOESTEMMINGSVORM

Ek, \_\_\_\_\_ (volle name van ouer en/of wettige voog) ouer en/of wettige voog van die ondergetekende en wie onder my wettige sorg is, gee hiermee toestemming dat my kind/ voogdy (volle naam en ID nommer) \_\_\_\_\_ mag deelneem aan aktiwiteite (insluitend swem afrigting, perdry, bywoning van sportbyeenkomste, bywoning van konserte, besoeke aan winkels en restaurante, koor optredes) en ander skoolaktiwiteite wat van tyd tot tyd deur die skool beplan en onderneem word vir die tydperk van 27 Januarie – 31 Desember 2021.

Die skool onderneem om:

1. Deeglike reëlins aangaande die besoek, uitstappie of aktiwiteite te tref;
2. Wettige en betroubare vervoerreëlins te tref;
3. Rekords te hou van alle leerders wat die besoek, uitstappie of aktiwiteit meemaak;
4. Voldoende toesig deur die skool en koshuispersoneel te verseker; en
5. Alle noodsaaklike veiligheidsmaatreëls te neem om die besoek, uitstappie of aktiwiteit veilig te laat plaasvind.

\_\_\_\_\_  
Handtekening van ouer/voog

\_\_\_\_\_  
Datum

**DIE VOLGENDE INLIGTING IS NOODSAAKLIK IN GEVAL VAN MEDIESE BEHANDELING OF HOSPITALISASIE:**

- Volle name van ouers/voog: \_\_\_\_\_

- Naam van mediese fonds: \_\_\_\_\_

Lid nr: \_\_\_\_\_

- Name van hooflid: \_\_\_\_\_

- Woonadres van ouer/voog: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Telefoonnommers: HUIS: \_\_\_\_\_

WERK: \_\_\_\_\_

SEL: \_\_\_\_\_