

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNGEN

### gültig für die Dauer des Schulbesuchs an der OVS 1140, Linzer Straße 419

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

Name des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummern: \_\_\_\_\_

- **Weitergabe von Name und Adresse an die Elternvertreter**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Name, meine Adresse und Telefonnummer der Elternvertretung zur Wahrung ihrer Aufgaben laut Schulunterrichtsgesetz weitergegeben werden.

JA  NEIN

- **Veröffentlichung von Fotos, Bildern und Texten meines Kindes**

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos, Bilder und Texte meines Kindes aus Unterrichtssituationen oder von Schulveranstaltungen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Schule veröffentlicht werden dürfen. (z. B. in einem Zeitungsartikel, der Bezirks- oder Schülerzeitung, auf Plakaten im Schaukasten oder im Schulhaus, in der Homepage der Schule, bei Projektpräsentationen)

Auch bei Aufnahmen des ORF darf mein Kind im Rahmen von Unterrichtsveranstaltungen gefilmt werden.

JA  NEIN

- **Eigenverantwortlichkeit zum Schutz vor Infektion mit FSME**

In den letzten Jahren ist es zu einer weiteren Ausbreitung der zeckenverseuchten Gebiete gekommen. Die Möglichkeit eines Zeckenbisses und Übertragung der Krankheit durch den Frühsommer-Meningoencephalitis-Virus (FSME) besteht bei Schulveranstaltungen (Wandertag, Lehrausgang, Projektwoche), bei Leibesübungen im Freien und bei Freizeitaktivitäten.

Der einzige wirksame Schutz ist die FSME- Impfung. (Erstimpfung und notwendige Auffrischungsimpfungen)

**Ich weiß, dass ausschließlich ich als Erziehungsberechtigter, für diesen wirksamen Schutz zu sorgen habe.** Über diese Information hinaus trifft die Schule keine weitere Verantwortung hinsichtlich der Gefährdung durch FSME- Viren.

- **SCHOOLFOX**

Ich bin einverstanden, dass SCHOOLFOX als Kommunikationsmittel mit dem/ der Klassenlehrer/in verwendet wird.

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

Klasse: \_\_\_\_\_

• **Einnahme von Kaliumjodidtabletten im Katastrophenfall**

Ich erteile die Einwilligung, meinem Kind im Katastrophenfall (Atomreaktorunglück)- nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden- Kaliumjodidtabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeit bzw. Gegenanzeigen zur Einnahme von Kaliumjodidtabletten vorliegen.

JA

NEIN, ich erteile die Einwilligung nicht.

• **Strahlengefahr- zur Abholung berechtigte Personen**

Nach Ertönen des Warn- und Alarmsystems der Stadt Wien werden die Kinder in den Klassenräumen beaufsichtigt.

Kinder die nicht von Erziehungsberechtigten oder von Ihnen autorisierten Personen (nachfolgende Bestätigung) abgeholt werden, werden bis zur Entwarnung in der Schule beaufsichtigt.

Die Kinder dürfen während des Alarms nicht alleine nach Hause gehen.

Nach der Entwarnung werden sie, sofern sie nicht vorher abgeholt wurden, den üblichen Entlassungszeiten entsprechend entlassen.

**Mein Kind darf im Falle einer Strahlenwarnung oder eines Strahlenalarms auch von folgenden Personen geholt werden:**

Name: \_\_\_\_\_ Verhältnis zum Kind: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

(z.B.: Mutter)

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten