

# Ferndale Kidz

2025/2324246/07

Tel 072 689 8106  
Whatsapp 083 529 2076

[info@ferndalekidz.co.za](mailto:info@ferndalekidz.co.za)

Demeter str 17  
Ferndale  
Brackenfell  
7560

---

## Aansoek om Toelating

Volle Naam van kind: \_\_\_\_\_

Geboorte Datum: \_\_\_\_\_

Seun/Dogter: \_\_\_\_\_

Volle Naam van Vader/Voog: \_\_\_\_\_

ID nr: \_\_\_\_\_

Beroep: \_\_\_\_\_

Werks Tel. Nr: \_\_\_\_\_

Email Adres: \_\_\_\_\_

Sel nr: \_\_\_\_\_

Volle Naam van Moeder/Voog: \_\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_

Beroep: \_\_\_\_\_

Werks Tel. Nr: \_\_\_\_\_

Email Adres: \_\_\_\_\_

Sel nr: \_\_\_\_\_

Woon Adres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Huis Taal: \_\_\_\_\_

Email Adres vir rekening en korrespondensie: \_\_\_\_\_

Naam van vorige skool: \_\_\_\_\_

Vorderingsverslag van vorige skool: \_\_\_\_\_

Noodkontak persoon volle naam: \_\_\_\_\_

Nood Tel.nr: \_\_\_\_\_

Datum waarop toelating verlang word: \_\_\_\_\_

Voldag/Halfdag: \_\_\_\_\_

Wie bring die kind?: \_\_\_\_\_

Wie kan die kind kom haal?: \_\_\_\_\_

Watter kinder siektes het u kind gehad:  
\_\_\_\_\_

Ly u kind tans aan enige siekte(s) of allergie? Ja / Nee

Indien wel, wat?: \_\_\_\_\_

Mediese Dokter: \_\_\_\_\_

Mediese Dokter kontak nr: \_\_\_\_\_

Mediese fonds en nr: \_\_\_\_\_

Sosiale media toestemming: Ja / Nee

Geteken te \_\_\_\_\_ op hierdie \_\_\_\_\_ dag van \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**HANDTEKENING:**(Vader/Moeder/Voog)

## VERKLARING VIR VOLTOOIING EN ONDERTEKENING DEUR 'N OUER OF VOOG

Ek, mnr/mev \_\_\_\_\_

Van adres \_\_\_\_\_

verlang hiermee dat my kind \_\_\_\_\_ van bogenoemde adres en

gebore op \_\_\_\_\_ toegelaat word tot Ferndale Kidz, Demeter str 17,

Brackenfell, vanaf \_\_\_\_\_ teen 'n maandelikse tarief van R3025 per maand

vooruitbetaalbaar op die laaste dag van vorige maand, maar nie later as die eerste dag van die lopende maand waarvoor die tarief betaalbaar is nie. Fooie is vir 12 maande, Januarie tot Desember betaalbaar.

Tarief is nog steeds betaalbaar al is die kind met vakansie of siek.

Neem asb kennis dat u kind/ers nie toegelaat sal word indien fooie nie tenvolte vereffen is nie.

Neem asseblief ook kennis dat 'n boete van R50 gehef sal word vir laat afhaal na 18h00.

Ek verklaar hiermee dat die kind ten tye van toelating tot die beste van my wete volkome gesond is en aan geen aansteeklike siekte ly nie.

Ingeval van ongeluk of indien die kind ongesteld raak sodat mediese hulp nodig is, stem ek hiermee in dat Dr \_\_\_\_\_ van \_\_\_\_\_ Tel. Nr. \_\_\_\_\_ ingeroep mag word, of enige dokter aangewys deur Ferndale Kidz.

Verder verklaar ek myself hiermee bereid om alle koste verbonde aan so 'n mediese besoek of besoeke, self te vereffen.

Ek onderneem ook om **1 (een) kalendermaand skriftelik kennis te gee** indien ek besluit om my kind uit die sorg van Ferndale Kidz te verwyder. By gebreke sal ek verantwoordelik gehou word vir die tarief vir een maand asof die kind wel in hul sorg was.

Terwyl Ferndale Kidz alle moontlike sorg sal dra om my kind teen ongelukke te vrywaar, kan ek hulle nie verantwoordelik hou ingeval van 'n ongeluk waarin my kind beseer word nie.

Ferndale Kidz is elke jaar gesluit in Desember – Januarie vir 21 dae.

Ek is ten volle vertrouwd met die inhoud van hierdie verklaring en stem hiermee in om my daarby te bepaal.

Hiermee gee ek ook toestemming dat u by Ferndale Kidz fotos van my kind mag neem en gebruik in

Ferndale Kidz se nuusblad en sosiale blad. \_\_\_\_\_

Teken om toestemming te gee

Geteken te \_\_\_\_\_ op hierdie \_\_\_\_\_ dag van \_\_\_\_\_

HANDTEKENING(Vader/Moeder/Voog) \_\_\_\_\_

Heg asb die volgende dokumente aan: Afskrif van Vader en Moeder se ID's, Afskrif van kind se geboorte sertifikaat, Afskrif van kliniek kaart