



# OUERS/VOOGDE SE BESONDERHEDE

Verwantskap	Vader		Voog		Stiefvader		Oupa		
Van									
Volle name									
Noemnaam									
ID nommer									
Posbus									
Woonadres									
E-pos adres									
Selfoonnommer									
Alternatiewe nommer									
Beroep									
Naam van werkgewer									
Werksadres									
Werk telefoonnommer									
Verwantskap	Moeder		Voog		Stiefmoeder		Ouma		
Van									
Volle name									
Noemnaam									
ID nommer									
Posbus									
Woonadres									
E-pos adres									
Selfoonnommer									
Beroep									
Naam van werkgewer									
Werksadres									
Werk telefoonnommer									
Ouers aan die dood afgestaan	Vader <input type="checkbox"/> Moeder <input type="checkbox"/> Albei ouers <input type="checkbox"/>								
Familie/Vriend (nood) Naam en Van	Verwantskap _____								
Telnr. Familie/Vriend									
HUWELIKSTATUS	Getroud <input type="checkbox"/>			Geskei by moeder <input type="checkbox"/>			Geskei by vader <input type="checkbox"/>		
	Voogouers <input type="checkbox"/>			Enkelouer (ma) <input type="checkbox"/>			Enkelouer (pa) <input type="checkbox"/>		
	Stiefvader <input type="checkbox"/>			Stiefmoeder <input type="checkbox"/>			Grootouers <input type="checkbox"/>		
	Woon saam <input type="checkbox"/>			Ander <input type="checkbox"/>					

Hiermee verklaar ek dat die inligting wat verskaf is, akkuraat en korrek is.

**Voorletters en Van in drukskrif:**

**Handtekening:**

**VADER:** .....

.....

**MOEDER:** .....

.....

**VOOG:** .....

.....

**DATUM:** .....



# LUCAS MEYER PRIMÊRE KOSHUIS

## KENNISNAME / SKULD ERKENNING TEN OPSIGTE VAN VERBLYF

### 1. LOSIES

1.1 Die betaal van losiesgelde is aan die begin van die jaar ten volle betaalbaar. Vir u gerief word verskillende betaalwyses aanvaar. Betaling deur middel van 'n maandelikse debietorder word as die mees ideale opsie aanbeveel.

1.2 Leerlinge wie se losiesgelde vooruit betaal is en wat verhuis, ontvang die oorblywende tydperk se gelde terug.

1.3 Losiesgelde is vooruit betaalbaar voor/op die 7e van elke maand. Betalings moet by die Finansiële Beampte by die skool gemaak word.

1.4 **Kantoorure vir betaling:** Maandae - Vrydae : 07:15 - 13:00

1.5 **Betaalmetodes:** Kontant  
Debietorder (Reknr. 1320145224 ABSA Bank)  
Bankkaart

Koshuisgelde vir 2022 beloop R24 000 per jaar (R2 400 p.m.)

1.6 **Dui asseblief u keuse van betaling van koshuisgelde aan:** Merk met 'n x.

Maandeliks per debietorder		Jaarliks vooruit	
Halfjaarliks vooruit		Kwartaalliks vooruit	
Maandeliks vooruit			

**HIERMEE WORD ONDERNEEM OM KOSHUISGELDE PER JAAR TE BETAAL VOLGENS BETAALWYSE HIERBO AANGEDUI VIR DIE VOLGENDE LEERLINGE:**

NAAM & VAN: \_\_\_\_\_ GRAAD \_\_\_\_\_

NAAM & VAN: \_\_\_\_\_ GRAAD \_\_\_\_\_

NAAM & VAN: \_\_\_\_\_ GRAAD \_\_\_\_\_

**PERSOON/PERSONE AANSPREEKLIK VIR KOSHUISGELDE**  
**VOORLETTERS EN VAN:**

**DATUM:** \_\_\_\_\_

**VADER:** \_\_\_\_\_ **HANDTEKENING:** \_\_\_\_\_

**MOEDER:** \_\_\_\_\_ **HANDTEKENING:** \_\_\_\_\_

**VOOG:** \_\_\_\_\_ **HANDTEKENING:** \_\_\_\_\_

# LUCAS MEYER PRIMÊRE KOSHUIS

<b>TOESTEMMING VIR VERVOER VAN LEERLING ASOOK BESOEK OP 'N NAWEEK</b>
---

NAAM VAN LEERLING: \_\_\_\_\_ GRAAD: \_\_\_\_\_

Ek, \_\_\_\_\_ ouer van bogenoemde kind gee hiermee toestemming dat my kind saam met die volgende persone mag **REIS / BESOEK OP 'N NAWEEK**

VAN	NAAM	ADRES	TEL/SEL

HANDTEKENING: \_\_\_\_\_ DATUM: \_\_\_\_\_

Pr. 1430017

Surgery/Sprekkamers  
Tel: (034) 980-9151  
Fax: (034) 981-4110

153 High Street  
Hoogstraat 153  
P O Box/Posbus 1616  
Vryheid 3100  
e-mail: vonn@bundunet.co.za

**PERSON RESPONSIBLE FOR PAYMENT / PERSOON VERANTWOORDELIK VIR BETALING**

TITLE..... INITIALS..... SURNAME.....  
TITEL..... VOORLETTERS..... VAN.....  
FULL NAME..... I.D. NUMBER.....  
VOLLE NAAM..... I.D. NOMMER.....  
MED. AID NAME..... MED. AID PLAN/OPTION..... NO.....  
M. FONDS NAAM..... M. FONDS PLAN/OPSIE..... NR.....

POSTAL ADDRESS / POSADRES	
CODE	
CELL/SEL	

RESIDENTIAL ADDRESS / WOONADRES	
CODE	
TEL.	

E-MAIL ADDRESS.....

EMPLOYER WERKGEWER.....
EMPLOYER'S ADDRESS/WERKGEWER ADRES
CODE
TEL.

EMERGENCY CONTACT PERSON / NOOD KONTAKPERSONE NAME & ADDRESS OF CLOSE FAMILY MEMBER OR FRIEND NOT RESIDING WITH YOU. NAAM & ADRES VAN 'N FAMILIE/VRIEND WAT NIE WOONAGTIG IS BY DIESELFDE ADRES NIE.	
CODE	
TEL.	CELL/SEL

**DEPENDANTS/AFHANKLIKES**

Code Kode	NAME/NAAM	SURNAME/VAN	I.D. NO./NR.	ALLERGIES/ALLERGIE
00				
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				

I HEREBY TAKE FULL RESPONSIBILITY FOR EXPENSES INCURRED AT THIS PRACTICE BY MYSELF AND BY MY DEPENDANTS.  
I ALSO ACCEPT THAT OUTSTANDING DEBTS WILL BE COLLECTED WITH COSTS APPLICABLE TO ATTORNEY-CLIENT SCALE.  
HIERMEE AANVAAR EK, DIE ONDERGETEKENDE VERANTWOORDELIKHEID VIR DIE MEDIESE ONKOSTES DEUR MYSELF, EN MY AFHANKLIKES, AANGEGAAN IN HIERDIE PRAKTYK.  
EK AANVAAR OOK DAT UITSTAANDE SKULD INGEVORDERD SAL WORD MET KOSTES OP 'N PROKUREUR-KLIËNTE SKAAL.

SIGNED/GETEKEN..... DATE/DATUM.....