



# LAERSKOOL STELLENBOSCH

## AANSOEK OM TOELATING VIR 20\_\_\_\_\_

Endlerstraat, Stellenbosch, 7600 | Tel: 021 887 6934 | Faks: 021 887 6956  
 sunette@lstellen.co.za | leana@lstellen.co.za | www.laerskoolstellenbosch.co.za

LEERDER SE VAN											Heg gekleurde foto hier aan	
VOLLE NAME												
NOEMNAAM						GESLAG	VROULIK			MANLIK		
GEBORTE DATUM	DAG				MAAND			JAAR				
ID NOMMER								HUISTAAL				
GRAAD WAARVOOR AANSOEK DOEN	E EK	R	1	2	3	4	5	6	7			

**Saam met die voltooië aansoek benodig ons afskrifte van die volgende dokumente:**

1. Beide ouers se ID dokumente
2. U kind se geboortesertifikaat
3. Inenting geskiedenis vanuit kliniekboekie (geldig slegs vir Eekhorinkies tot Graad 1)
4. Groeikaart vanuit kliniekboekie (geldig slegs vir Eekhorinkies)
5. Nuutste rapport/verslag vanaf huidige skool
6. Kleur paspoortgrootte foto aangeheg
7. Bewys van adres
8. Alle Terapie-verslae, indien van toepassing


Indien dokumente en/of belangrike informasie weerhou word kan dit hierdie aansoek benadeel

Die indiening van hierdie aansoek waarborg nie u kind se aanvaarding by hierdie skool nie.

VIR KANTOORGEBRUIK:	AANVAAR		WAGLYS		NOTAS:
ONTVANG OP					
ADRES					
SAMI			CEMIS		
BRIEF E-POS			DATUM		
BOETIES EN SUSSIES IN SKOOL					

LEERDER INLIGTING							
LEERDER IS WOONAGTIG BY	VADER		MOEDER		VOOGDE		GROOTOUERS
HUIDIGE SKOOL							
BUITEMUURSE BEDRYWIGHEDE WAARAAN LEERDER DEELNEEM							
REDE VIR AANSOEK VIR TOELATING BY LAERSKOOL STELLENBOSCH							

OUERS/VOOGDE			
VADER VOLLE NAAM			VAN
NOEMNAAM			TITEL
ID NOMMER			HUIS TEL
E-POS			SEL NO
BEROEP			
WOONADRES		WOONBUURT	
WERKSADRES		WOONBUURT	

MOEDER VOLLE NAAM			VAN
NOEMNAAM			TITEL
ID NOMMER			HUIS TEL
E-POS			SEL NO
BEROEP			
WOONADRES		WOONBUURT	
WERKSADRES		WOONBUURT	

HUISGESIN							
HUWELIKSTAAT VAN OUERS	GETROUD		ONGETROUD		GESKEI		VERVREEMD
	WEWENAAR				WEDUWEE		
NAME VAN BOETIES EN/OF SUSSIES		NAAM VAN HUIDIGE LAERSKOOL / KLEUTERSKOOL			OUDERDOM		HUIDIGE GRAAD

**MEDIES**

Indien enige van die onderstaande informasie weerhou word, kan dit veroorsaak dat die aansoek afgekeur word

DOKTER		TEL NO	
NOOD KONTAKPERSOON (INDIEN OUERS NIE BESIKBAAR IS NIE)			
HUIS TEL		WERK TEL	SEL NO
OPERASIES MET DATUMS			
KINDERSIEKTES REEDS GEHAD			
ONTVANG LEERDER TANS TERAPIE? MELD INLIGTING ASB			
ALLERGIEë			
GESONDHEIDSPROBLEME			
KRONIESE MEDIKASIE			
ANDER			

Hiermee bevestig ek, \_\_\_\_\_, dat bogenoemde inligting korrek is en dat geen inligting  
weerhou word nie.

\_\_\_\_\_  
HANDTEKENING VAN OUER / VOOG\_\_\_\_\_  
DATUM