

## SchülerInnendatenblatt

Schuljahr: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Tagesheim: \_\_\_\_\_ Tage

Familienname u. Vorname(n): \_\_\_\_\_

Geb.dat.: \_\_\_\_\_ Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Erstsprache: \_\_\_\_\_ weitere Sprachen: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_ SV-Nummer: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte(r) :  Eltern  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

1. Elternteil/Mutter: Familienname u. Vorname(n): \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Geb.dat.: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

2. Elternteil/Vater: Familienname u. Vorname(n): \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Geb.dat.: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefonnummern & E-Mail-Adressen des/der Erziehungsberechtigten:

Handy - Vater: \_\_\_\_\_ Handy - Mutter: \_\_\_\_\_

weitere Nummern: \_\_\_\_\_

Die Schülerin/der Schüler wohnt bei:  Eltern  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Zahlungspflichtige(r):  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Mein Kind hat einen sonderpädagogischen Förderbedarf (SPF) mit Bescheid der Bildungsdirektion:

Nein  Ja, Diagnose: \_\_\_\_\_ GZ: \_\_\_\_\_ (**Bescheid** in Kopie anhängen)

Mein Kind hat eine andere Diagnose mit Bescheid (z.B. Legasthenie, ...): \_\_\_\_\_

Individuelle Betreuungsperson (Schulassistenz) des Kindes:  Nein  Ja, Stunden: \_\_\_\_\_

Angaben zur Schullaufbahn (verlängerte Schuleingangsphase, Volksschule, MS, AHS):

**Schule(n):** \_\_\_\_\_

Schulj.: \_\_ / \_\_ Schulj.: \_\_ / \_\_ Schulj.: \_\_ / \_\_ Schulj.: \_\_ / \_\_ Schulj.: \_\_ / \_\_

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

Name und Klasse der Geschwisterkinder im Schulhaus \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift d. Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

**Dieses Formular ergeht in Kopie auch an die Buchhaltung!**

**Daten-Änderungen bitte verlässlich melden!**

SEPA-Lastschrift bitte nach Schulplatzzusage an [ms-kanzlei@ursulinen.at](mailto:ms-kanzlei@ursulinen.at) senden.

Bankverbindung: Schulverein der Grazer Ursulinen

BIC: STSPAT2GXXX

IBAN: AT66 2081 5000 0901 6262

## AUFNAHMEVERTRAG

Unsere Schule steht voll und ganz zu den Aufgaben der österr. Schule. Darüber hinaus gelten auch die Aussagen der Kirche über die Bildungs- und Erziehungsziele der katholischen Schule. Das Bildungs- und Kulturgut wird bewusst auf dem Hintergrund christlicher Weltanschauung vermittelt. Die Schule will der Schülerin/dem Schüler Hilfen zur Entfaltung aller Anlagen und Fähigkeiten bieten und zu einer christlichen Lebenshaltung anleiten. Daher ist eine Abmeldung vom Religionsunterricht nicht möglich. Gemeinsam mit den Eltern und in Respekt vor deren unveräußerlichen Rechten und Pflichten soll die Erziehungsarbeit geleistet werden.

Die Schülerin/der Schüler und die Erziehungsberechtigten verpflichten sich, den Charakter der Schule als katholische Privatschule zu respektieren und alles zu tun, was die Einordnung der Schülerin/des Schülers in die Schulgemeinschaft und die Erreichung der Erziehungsziele der Schule fördert. Die Schülerin/der Schüler verpflichtet sich zur Einhaltung der Schulordnung (SCHUG § 43/44) und der Hausordnung. Für Schäden, die die Schülerin/der Schüler verursacht, haften die Eltern.

### Zahlungsbedingungen

Die Erziehungsberechtigten des Schülers/der Schülerin verpflichten sich zur ungeteilten Hand, den Schulkostenbeitrag (10 x jährlich) mittels SEPA-Lastschrift-Mandat (Ermächtigung) - vormals Einzugsermächtigung - zu entrichten. Der Einzug erfolgt im Oktober (nicht vor dem 15.) für die Monate September und Oktober, der Einzug von November bis Juni erfolgt nicht vor dem 5. des Monats. Bei Zahlungsrückstand wird eine 14-tägige Nachfrist gewährt. Bei Nichteinhaltung dieser Frist und weiterhin ausstehenden Tagesheimbeiträgen erfolgt eine Abmeldung vom Tagesheim im Folgemonat. Bei offenen Schulgeldbeiträgen erfolgt die Auflösung des Schulvertrags zu Semesterende bzw. Schulschluss, sofern keine berücksichtigungswürdigen Gründe vorliegen (schriftlich vereinbarte Stundung/Ratenzahlung etc.). Der Jahresbericht am Schulschluss ist kostenpflichtig zu beziehen. Die aktuelle Preisliste wird auf der Homepage veröffentlicht.

Das Vertragsverhältnis endet mit Beendigung der diesem Vertrag zugrundeliegenden Schulart. Dieser Vertrag kann von jeder der beiden Seiten zu Semester oder am Ende des Unterrichtsjahres gelöst werden, wobei eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten ist. Wird die Schülerin/der Schüler während des Semesters von der Nachmittagsbetreuung oder von der Schule abgemeldet, so ist der Kostenbeitrag bis Semesterende (einschl. Februar) bzw. Schulschluss zu bezahlen.

Dieser Vertrag kann von Seiten des Schulerhalters mit sofortiger Wirkung vorzeitig aufgelöst werden, wenn die Schülerin/der Schüler in grober Weise ihre/seine Pflichten verletzt, dem Unterricht unentschuldig fernbleibt, wenn ihre/seine Haltung die Erreichung der Erziehungsziele der Schule ernstlich gefährden sollte oder wenn die Zusammenarbeit mit dem Elternhaus nicht gegeben ist.

Der Aufnahmevertrag wird abgeschlossen zwischen dem/den Erziehungsberechtigten

der Schülerin/des Schülers ....., Klasse .....und dem Schulverein  
der Grazer Ursulinen als Schulerhalter.

Graz, am .....

\_\_\_\_\_ für den Schulerhalter

\_\_\_\_\_ Erziehungsberechtigte/r

## Erklärung zum Ausbildungsvertrag gemäß DSGVO

Name der Einrichtung	Schulverein der Grazer Ursulinen, sowie die Schulen der Ursulinen und der Konvent der Ursulinen, Leonhardstraße 62, 8010 Graz
Name des Schülers/der Schülerin	
Klasse	
Name der/des Erziehungsberechtigten	

Hiermit stimme(n) ich/wir zu, dass folgende persönliche Arbeiten (Texte, Zeichnungen, Ausstellungsstücke) und Daten meines/unseres Kindes (Name, Fotos, Tonaufnahmen, Videos) zu folgenden Zwecken von den Schulen bzw. dem Schulerhalter unentgeltlich für die Dauer der gesamten Schulzeit und darüber hinaus verarbeitet werden dürfen:

- A) Unentgeltliche Veröffentlichung von Namen und Fotos im Jahresbericht und auf sonstigen Drucksorten (insbesondere Folder, Infoblätter) der Schulen bzw. des Schulerhalters sowie Anbringung von Fotos im Schulgelände für die Dauer der gesamten Schulzeit und darüber hinaus.
- B) Unentgeltliche Veröffentlichung von Fotos, Videos und Tonaufnahmen auf der Website der Schulen bzw. des Schulerhalters für die Dauer der gesamten Schulzeit und darüber hinaus.
- C) Unentgeltliche Veröffentlichung von Fotos auf Presseausendungen der Schulen bzw. des Schulerhalters für die Dauer der gesamten Schulzeit und darüber hinaus.
- D) Ich/Wir stimme(n) weiters zu, dass bei Veranstaltungen gemachte Fotos, Videos und Tonaufnahmen meines/unseres Kindes unentgeltlich an die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten der anderen Kinder der Klasse bzw. an die MitschülerInnen für die Dauer der gesamten Schulzeit und darüber hinaus weitergegeben werden dürfen.
- E) Ich/Wir erteile(n) mein/unser Einverständnis, dass Arbeiten meines/unseres Kindes (Texte, Zeichnungen und Ausstellungsstücke) öffentlich ausgestellt bzw. auf andere Art der Öffentlichkeit für die Dauer der gesamten Schulzeit und darüber hinaus zugänglich gemacht werden dürfen.

**Achtung: SchülerInnen, die bereits das 14. Lebensjahr vollendet haben, müssen diese Erklärung selbst abgeben.**

Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen beim Schulverein der Grazer Ursulinen, Leonhardstraße 62, 8010 Graz widerrufen werden.

Die Datenverarbeitung bleibt bis zum Zeitpunkt des Widerrufs rechtmäßig.

Der Schüler/die Schülerin bzw. der/die Erziehungsberechtigte(n) sind mit der Verarbeitung und Weitergabe ihrer Daten zum Zwecke der Erfüllung des Aufnahmevertrages sowie zum Zwecke der Erfüllung von Verpflichtungen aufgrund von Gesetzen, Verordnungen oder behördlicher Vorgaben einverstanden.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung, abrufbar unter <http://www.ursulinen.at>.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

bzw. des Schülers/der Schülerin

ab dem vollendeten 14. Lebensjahres



## Information zu den Kaliumiodid-Tabletten (sinngemäß aus der Gebrauchsinformation)

### Kaliumiodid-Tabletten dürfen nicht eingenommen werden:

- bei einer **Schilddrüsenüberfunktion**
- bei **gutartigen Knoten in der Schilddrüse**, die nicht behandelt werden. Bei sogenannten unbehandelten „heißen Schilddrüsenknoten“ besteht die Gefahr einer massiven Überproduktion von Schilddrüsenhormonen, die schlimmstenfalls zu lebensbedrohlichen Herz-Kreislaufreaktionen führen kann.
- bei **Allergie** (Überempfindlichkeit) gegen Iod. Das ist sehr selten und darf nicht mit der häufigen Allergie gegenüber Kontrastmitteln (dienen zur besseren Darstellung von verschiedenen Organen in bildgebenden Verfahren wie zB der Röntgendiagnostik) verwechselt werden.
- bei **Allergie** gegen einen der sonstigen Bestandteile der Tabletten (Maisstärke, Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, basisches Butylmethacrylat-Copolymer, Magnesiumstearat).
- bei **Dermatitis herpetiformis Duhring** (einer Erkrankung, bei der Bläschen, Hautrötungen, Hautausschläge, Quaddeln und stark brennender Juckreiz auftreten, bevorzugt an Ellbogen oder Knien).
- bei allergisch bedingter **Entzündungen der Blutgefäßwände** (Hypokomplementämischer Vaskulitis).

### Besondere Vorsicht bei der Einnahme von Kaliumiodid-Tabletten ist erforderlich:

- bei Verdacht auf einen **bösartigen Tumor der Schilddrüse**. Schilddrüsentumore werden mit radioaktivem Iod behandelt. Wenn Kaliumiodid in großen Mengen eingenommen wird, kann das die Tumorbehandlung unmöglich machen.
- bei einer Erkrankung, die die **Luftröhre** betrifft. Durch die Gabe von hohen Iodmengen kann die Schilddrüse wachsen, was eine bereits bestehende Einengung der Luftröhre noch verschlimmert.
- wenn Ihr Kind mit **Schilddrüsenhemmstoffen (Thyreostatika)** behandelt wird. Fragen Sie bitte Ihre Ärztin/Ihren Arzt, ob Ihr Kind Kaliumiodid-Tabletten einnehmen darf.

### Einnahme von Kaliumiodid-Tabletten mit anderen Arzneimitteln

- **Die Wirkung von Kaliumiodid-Tabletten wird beeinflusst durch:**  
Arzneimittel, die den Schilddrüsenstoffwechsel beeinflussen (zB Perchlorat, Thiocyanat in Konzentrationen über 5 mg/dl). Sie hemmen die Iodaufnahme durch die Schilddrüse.
- **Kaliumiodid-Tabletten beeinflussen die Wirkung von:**  
Schilddrüsenhemmstoffen (Thyreostatika)

**Kaliumjodid G.L. enthält Lactose.** Fragen Sie bitte Ihre Ärztin/Ihren Arzt, ob Ihr Kind Kaliumiodid-Tabletten einnehmen darf, wenn Ihnen bekannt ist, dass Ihr Kind unter einer Zuckerunverträglichkeit leidet.

### Welche Nebenwirkungen sind möglich?

Wie alle Arzneimittel können Kaliumiodid-Tabletten Nebenwirkungen haben, die aber nicht bei jedem auftreten müssen. Folgende Nebenwirkungen wurden beobachtet:

#### **Selten** (kann bis zu 1 von 1.000 Behandelten betreffen):

- eine nicht bekannte Iodallergie kann erstmals in Erscheinung treten. Dabei können allergische Erscheinungen wie z.B. Hautrötung, Jucken und Brennen in den Augen, Schnupfen, Reizhusten, Durchfall, Kopfschmerzen und ähnliche Beschwerden auftreten. Besonders bei bestehender Dermatitis herpetiformis Duhring (einer Erkrankung, bei der u.a. Bläschen und Hautrötungen auftreten, bevorzugt an Ellbogen oder Knien sind lebensbedrohliche Reaktionen möglich (siehe oben: „Kaliumiodid-Tabletten dürfen nicht eingenommen werden“).
- Gefäßentzündungen (z.B. Periarteriitis nodosa).

#### **Sehr selten** (kann bis zu 1 von 10.000 Behandelten betreffen):

- iodbedingte Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion. Anzeichen einer Schilddrüsenüberfunktion können erhöhter Puls, Schweißausbrüche, Schlaflosigkeit, Zitterigkeit, Durchfall und Gewichtsabnahme trotz gesteigerten Appetits sein. Bei solchen Beschwerden ist ein Arzt aufzusuchen.

#### **Nicht bekannt** (Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar):

- Eine Reizung der Magenschleimhaut kann insbesondere bei Einnahme von Kaliumiodid-Tabletten auf nüchternen Magen auftreten.
- Entzündung der Speicheldrüsen
- Beschwerden im Magen-Darm-Trakt
- leichte Hautausschläge

### Generell gilt:

Fragen Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt oder Ihre Apothekerin/Ihren Apotheker, wenn Sie weitere Informationen oder einen Rat benötigen.

# Anhang 1: Einverständniserklärung Kaliumiodid-Tabletten

## Einverständniserklärung zur Einnahme von Kaliumiodid-Tabletten

Liebe Eltern! Liebe Erziehungsberechtigte!

Seit mehr als 30 Jahren stellt das österreichische Gesundheitsministerium der Bevölkerung kostenlos Kaliumiodid-Tabletten zur Verfügung – so auch Schulen und Kindergärten.

### Warum und wann ist die Einnahme von Kaliumiod-Tabletten wichtig?

Im Falle einer Freisetzung von radioaktivem Iod durch einen Kernkraftwerksunfall versorgen Kaliumiodid-Tabletten den Körper mit stabilem Iod und verhindern so eine hohe Strahlenbelastung der Schilddrüse.

### Warum ist bei einem Reaktorunfall die rechtzeitige Einnahme von Kaliumiod-Tabletten wichtig?

Die Kaliumiod-Tabletten schützen nur dann, wenn sie VOR Eintreffen von radioaktiven Luftmassen eingenommen werden. So hat der Körper Zeit, den Schutz „aufzubauen“. Um eine zeitgerechte Verteilung für Ihr Kind gewährleisten zu können, sind die Tabletten bereits an Bildungseinrichtungen gelagert.

### Wann und auf wessen Anweisung erfolgt die Verteilung von Kaliumiod-Tabletten in der Schule?

Die Tabletten dürfen nur nach ausdrücklicher Aufforderung durch die Strahlenschutzbehörden verabreicht werden. Die Schule benötigt Ihr Einverständnis, damit Ihrem Kind ausschließlich bei unmittelbarer nuklearer Gefahr das schützende Kaliumiodid von der Schule mit nach Hause – zur Einnahme nach Aufforderung durch die Strahlenschutzbehörden – gegeben werden darf.

Bitte lesen Sie die beiliegenden Angaben aus der Gebrauchsinformation zu den Kaliumiodid-Tabletten aufmerksam durch und geben Sie die unterschriebene Einverständniserklärung Ihrem Kind in die Schule mit. Danke!

(Sie finden die Einverständniserklärungen in deutscher und 12 weiteren Sprachen auch online: Drucksorten: [www.schularzt.at](http://www.schularzt.at) )

Die Direktion

\*\*\*\*\*

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

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

Name des/der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

- JA, ich erteile die Einwilligung (für die Dauer des Besuches der Einrichtung), nach Aufforderung durch die Strahlenschutzbehörden Kaliumiodid-Tabletten an mein Kind abzugeben. Ich bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten und Gegenanzeigen zur Einnahme der Tabletten bekannt sind, und dass ich bei Bekanntwerden von Unverträglichkeiten oder Gegenanzeigen die Schule unverzüglich verständigen werde.
- NEIN, ich erteile die Einwilligung nicht

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Eltern-Fragebogen Schulärztin

Liebe Eltern!

Schulklasse: \_\_\_\_\_

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin bestimmt. Sie werden **streng vertraulich** behandelt und sollten in Ihrem eigenen Interesse in einem Kuvert verschlossen der Schulärztin übermittelt werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin.

Familienname der Schülerin/des Schülers \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_ Geb.dat.: \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ)

Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten): \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Sind die Eltern **zuckerkrank**? :  ja  nein

Welche **Infektionskrankheiten** hat die Schülerin/der Schüler durchgemacht?

**Masern**:  ja  nein **Keuchhusten**:  ja  nein **Scharlach**:  ja  nein

**Röteln**:  ja  nein **Windpocken** (Schafblattern):  ja  nein

**Mumps**:  ja  nein **Gelbsucht**:  ja  nein **Sonstige**: \_\_\_\_\_:  ja  nein

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwegen, Haut, Nervensystem.

**Bitte Zutreffendes unterstreichen.**

Nähere Angaben: \_\_\_\_\_

**Operationen** oder bleibende **Unfallfolgen**: \_\_\_\_\_

Regelmäßige **Medikamenteneinnahme**, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurde die Schülerin/der Schüler gegen **FSME (Zecken)** geimpft?  ja  nein letzte Impfung am: \_\_\_\_\_

Besteht im Besonderen:

**Asthma bronchiale**:  ja  nein **Häufiger Kopfschmerz**:  ja  nein

**Allergie** (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel-, Insektenallergie):  ja  nein **Chronische Mittelohrentzündung** (Trommelfellverletzung):  ja  nein

**Zuckerkrankheit**:  ja  nein **Sehfehler**:  ja  nein

**Ohnmachtsneigung**:  ja  nein **Hörfehler**:  ja  nein

**Anfallsleiden**:  ja  nein **Sprachfehler**:  ja  nein

**Auffälligkeiten** (Schlaflosigkeit, verstärktes Schnarchen, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.)  ja  nein

Der Schüler/die Schülerin hat einen **SPF**?  ja  nein Falls ja, **in welchen Fächern**? \_\_\_\_\_

Der Schüler/die Schülerin hat **weitere Diagnosen** (z.B. ADHS, ASS, etc.): \_\_\_\_\_

**Datum**: \_\_\_\_\_ **Unterschrift d. Erziehungsberechtigten**: \_\_\_\_\_



## Psychologische Beratung

bei den Ursulinen

Dr. Josef Zollneritsch

Klinischer- und Gesundheitspsychologe

Als besonderes Service wird auch in diesem Schuljahr

psychologische Beratung für die Schulen der Ursulinen angeboten. Thema sind alle Fragen bzw. Probleme rund um das Thema Schule und Lernen. SchülerInnen, aber auch Eltern sind eingeladen diese Möglichkeit in Anspruch zu nehmen, insbesondere wenn es Sorgen und Belastungen gibt, die mit psychologischen Methoden gelindert werden können.

- Schwierigkeiten beim Lernen, Überforderungsgefühle
- Ängste
- Psychische Schwierigkeiten
- Mobbing
- Probleme in der Klasse
- Schullaufbahnfragen
- ....

Ganz wichtig: Jede Beratung geschieht in einem geschützten Rahmen – vertraulich und mit voller Verschwiegenheit! Eine unbefangene Aussprache kann eine große Entlastung bedeuten!

---

### Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn .....

....., Schüler/Schülerin der .....

das Beratungsangebot des Psychologen während bzw. außerhalb der Unterrichtszeit kostenlos und unter dem Grundsatz der Vertraulichkeit in Anspruch nehmen darf.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

## **Einwilligung in die Verarbeitung von Daten - Schulbildfotografie für die jährlich stattfindende Schulfotoaktion**

Der/ die Erziehungsberechtigte stimmt zu, dass der oben genannte Berufsfotograf die Daten zum Zweck der Auftragsabwicklung verarbeiten darf (Art 4 Z 2 DSGVO). Das bezieht sich auf das Fotografieren und somit Speichern, Bearbeiten und Verwalten der Fotos, sowie auf Tätigkeiten, die für das Zusenden bzw. Ausliefern der Bilder über die Schule, deren Bezahlung inklusive allfälligem Mahnwesen. Die Einwilligungserklärung wird einmalig für die jährlich stattfindende Schulfotoaktion eingehoben und gilt bis auf Widerruf.

Der/ die Erziehungsberechtigte kann diese Einwilligungserklärung ohne Angabe von Gründen gemäß Art 7 Abs. 3 DSGVO jederzeit schriftlich gegenüber Fotostudio Meister per Mail auf [studio@foto-meister.at](mailto:studio@foto-meister.at) oder auf postalischem Weg (Anschrift 8042 Graz, Neue Welt Höhe 44a) widerrufen. Der Widerruf wird von Fotostudio Meister schriftlich bestätigt. Die Rechtmäßigkeit bereits bis dahin erfolgter Datenverarbeitungen bleibt davon unberührt. Der Widerruf bewirkt die Unzulässigkeit der weiteren Verwendung der Daten.

✂ .....

### **Einwilligung in die Verarbeitung von Daten im Rahmen der Schulbildfotografie - gültig bis auf Widerruf Mittelschule der Ursulinen, 8010 Graz Leonhardstraße 62**

Meine Tochter/ mein Sohn darf in Rahmen der jährlich stattfindenden Schulfotoaktion in der MS der Ursulinen von dem oben genannten Fotografen fotografiert werden. Erstellt werden das Klassenfoto, Einzelportraitfotos und Freundefotos.

Die Auswahl und Bestellung erfolgt über die Homepage! Für jede Klasse wird einen eigene passwortgeschützte Galerie eingerichtet

Ich stimme zu, dass der oben genannte Fotografenbetrieb die personenbezogenen Daten (Fotos) meiner Tochter/meines Sohnes zum Zweck der Auftragsabwicklung verarbeiten darf (Art.4Z2 DSGVO):\*

Bezeichnung der von meiner Tochter/meinem Sohn besuchten Schule:	<a href="#">besuchte Klasse im SJ</a>
<b>Private Mittelschule der Ursulinen 8010 Graz</b>	

Name der/des Erziehungsberechtigten:
--------------------------------------

Name der Schülerin/des Schülers:
----------------------------------

.....  
Datum

.....  
Unterschrift<sup>1</sup>

\*Der/ die Erziehungsberechtigte kann diese Einwilligungserklärung ohne Angabe von Gründen gemäß Art 7 Abs. 3 DSGVO jederzeit schriftlich gegenüber Fotostudio Meister widerrufen. Der Widerruf wird von Fotostudio Meister schriftlich bestätigt. Die Rechtmäßigkeit bereits bis dahin erfolgter Datenverarbeitungen bleibt davon unberührt

<sup>8</sup> Bei Schülerinnen und Schülern vor Vollendung des 14. Lebensjahres die Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten, bei Schüler/innen ab dem 15. Lebensjahr die Unterschrift der Schülerin/des Schülers.

# Schulverein der Grazer Ursulinen

Leonhardstraße 62-64, 8010 Graz

---

## ANSUCHEN GESCHWISTERSTAFFEL

Wenn Sie mehrere Kinder **gleichzeitig** an unseren Schulen (Volksschule, Mittelschule/PTS, Gymnasium u. Oberstufenrealgymnasium) anmelden gewähren wir **nur für den Schulbeitrag** eine Ermäßigung.

	Familien- u. Vorname	Kl.	Schultyp	
1. Kind				voller Schulbeitrag
2. Kind				€ 25,00 ermäßigt
3. Kind				€ 65,00 ermäßigt
4. Kind				frei

Name Einzahler\*in:.....

-----  
Datum

-----  
Unterschrift

### Schulverein der Grazer Ursulinen

IBAN: AT66 2081 5000 0901 6262 BIC: STSPAT2GXXX Steiermärkische Sparkasse

Bei Fragen zur Bezahlung wenden Sie sich bitte an die **Buchhaltung** Tel: 0316/323 300 77

E-Mail: [buchhaltung@ursulinen.at](mailto:buchhaltung@ursulinen.at)

**Dieses Ansuchen gilt solange die Voraussetzung – zwei oder mehr Kinder gleichzeitig an unserer Schule– gegeben ist.**