



**LAERSKOOL KOLLEGEPARK  
INSKRYWINGS DOKUMENTE**

**VOLTOOI ASB VOLLEDIG:**

**1. LEERDERBESONDERHEDE: NAAM & VAN:** \_\_\_\_\_  
**GRAAD WAARVOOR AANSOEK GEDOEN WORD** \_\_\_\_\_

**2. HET DIE LEERDER 'N GRAAD HERHAAL?**

Ja  Nee

**3. INDIEN JA, DUI ASSEBLIEF AAN:**

- **Graad:** \_\_\_\_\_
- **Fase:**
  - Grondslagfase (Graad 1–3)
  - Intermediêre Fase (Graad 4–6)
  - Senior Fase (Graad 7)

**4. KONTAK NOMMER:** NAAM & VAN: (VADER) \_\_\_\_\_  
KONTAK NOMMER: \_\_\_\_\_  
E-POS: \_\_\_\_\_  
NAAM & VAN (MOEDER) \_\_\_\_\_  
KONTAK NOMMER: \_\_\_\_\_  
E-POS: \_\_\_\_\_

**3. NOODNOMMER (IEMAND ANDERS AS OUERS/VOOG)**

VERWANTSKAP: \_\_\_\_\_ NAAM \_\_\_\_\_  
VAN: \_\_\_\_\_  
KONTAK NOMMER: \_\_\_\_\_

**4. DOKUMENTE BENODIG:** RAPPORT & OORPLASINGSSERTIFIKAAT  
GEBORTE SERTIFIKAAT  
KLINIEK KAART  
ID VAN OUERS  
BEWYS VAN ADDRESS



# LAERSKOOL KOLLEGEPAK

Straatadres: Generaal Fronemanstraat 77, SE 7,  
Vanderbijlpark, 1911, Gauteng South Africa  
Skool telefoonnommer: 0169339946

Posadres: Generaal Fronemanstraat 77, SE 7  
Vanderbijlpark, 1911 Gauteng Suid Afrika  
Eposadres: admin3@lkskollegepark.co.za

## Aansoekvorm om Toelating

Leerderinligting:			
Graad waarvoor aansoek gedoen word:		Hoogste graad geslaag:	
		Jaar waarin graad geslaag is:	
Spesifiseer Pre-primêre onderrig:		Formeel : <input type="checkbox"/>	In-Formeel : <input type="checkbox"/>
		Geen: <input type="checkbox"/>	
Van:		Voorletters:	
Name:		Noemnaam:	
Geboortedatum:	YYYY: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MM: <input type="text"/> <input type="text"/> DD: <input type="text"/> <input type="text"/>	Geslag:	Manlik: <input type="checkbox"/> Vroulik: <input type="checkbox"/>
Land:		Ras:	
Burgerskap:		Geloof:	
Identiteitsnommer:			
Paspoortnommer:			
Woonadres:		Posadres:	Dieselfde as woonadres: <input type="checkbox"/>
Provinsie:		Provinsie:	
Land:		Land:	
	Poskode:		Poskode:
Afstand van woning na skool:	<input type="checkbox"/> 0 - 5 km <input type="checkbox"/> 5 - 10 km	<input type="checkbox"/> 10 - 20 km <input type="checkbox"/> 20 km +	
Huistaal:		Ouers oorlede: Beide: <input type="checkbox"/> Vader: <input type="checkbox"/> Moeder: <input type="checkbox"/>	
Naam van vorige skool:			
Straatadres:		Posadres:	Dieselfde as straatadres: <input type="checkbox"/>
Provinsie:		Provinsie:	
Land:		Land:	
	Poskode:		Poskode:
Naam van Mediesefonds:		Dokter:	
Hooflid:		Dokter telefoonnommer:	
Mediesefondsnummer:		Maatskaplike toelae:	Ja: <input type="checkbox"/> Nee: <input type="checkbox"/>
Mediese toestand:			
Spesiale probleme:			
Aantal leerders in gesin:	<input type="text"/>	Posisie in gesin (bv. Eerste):	<input type="text"/>
Aantal ander leerders in hierdie skool:	<input type="text"/>		
Verskaf volledige name hieronder:			

Naam en van:			
Naam en van:			
Naam en van:			
Huwelik status van ouers:	Getroud	Wewenaar	Weduwee

Graad:	Klas:	Posisie
Graad:	Klas:	Posisie:
Graad::	Klas:	Posisie:
Geskei	Stiefvader:	Stiefmoeder:

**Primêre Ouerinligting - Vader:**

Van:	
Name:	
Geboortedatum::	YYYY: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MM: <input type="text"/> <input type="text"/> DD: <input type="text"/> <input type="text"/>
Land:	
Burgerskap:	
Identiteitsnommer:	
Paspoortnommer:	
Woonadres:	
.....	
.....	
.....	
Provinsie:	
Land:	
	Poskode:
Woon in die area (binne 10km)	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Beroep:	
Werkgewer/ Firma:	
Huis telefoonnommer:	
Selfoonnommer:	

Voorletters:	
Titel:	
Geslag:	Manlik: <input type="checkbox"/> Vroulik: <input type="checkbox"/>
Etniese groep:	
Geloof:	
Huistaal:	
Voorkeur taal:	
Posadres:	Dieselfde as woonadres: <input type="checkbox"/>
.....	
.....	
.....	
Provinsie:	
Land:	
	Poskode:
Werk in die area (binne 10km)	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Werkadres:	
Eposadres:	
Werk telefoonnommer:	
Verwantskap met leerder:	

**Sekondêre ouerinligting - Moeder:**

Van:	
Naam en van:	
Geboortedatum::	YYYY: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MM: <input type="text"/> <input type="text"/> DD: <input type="text"/> <input type="text"/>
Land:	
Burgerskap::	
Identiteitsnommer:	
Paspoortnommer:	
Woonadres:	
.....	
.....	
.....	
Provinsie:	
Land:	
	Poskode:
Woon in die area (binne 10km)	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Beroep:	
Werkgewer /Firma:	
Huis telefoonnommer:	
Selfoonnommer:	

Voorletters:	
Titel:	
Geslag:	Manlik: <input type="checkbox"/> Vroulik: <input type="checkbox"/>
Etniese groep:	
Geloof:	
Huistaal:	
Voorkeur taal:	
Posadres:	Dieselfde as woonadres:: <input type="checkbox"/>
.....	
.....	
.....	
Provinsie:	
Land:	
	Poskode:
Werk in die area (binne 10km)	Ja: <input type="checkbox"/> Nee: <input type="checkbox"/>
Werkadres::	
Eposadres:	
Werk telefoonnommer:	
Verwantskap met leerder:	



# LAERSKOOL KOLLEGEPARK

Straatadres: Generaal Fronemanstraat 77, SE 7,  
Vanderbijlpark, 1911, Gauteng South Africa  
Skool telefoonnommer: 0169339946

Posadres: Generaal Fronemanstraat 77, SE 7  
Vanderbijlpark, 1911 Gauteng Suid Afrika  
Eposadres: admin3@lkskollegepark.co.za

## Aansoekvorm om Toelating

<b>Alternatiewe kontakbesonderhede - Noodgeval:</b>			
Naam en van:		Kontak nommer:	
<b>Rekeninghouer inligting:</b>			
Rekeninghouer:	Primêre ouer: <input type="checkbox"/>	Sekondêre ouer: <input type="checkbox"/>	
Handtekening: Vader: _____		Handtekening: Moeder: _____	
<b>Indien leerder aanvaar word, verskaf asseblief die volgende dokumente:</b>			
1. Afskrif van inentingsertifikaat	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	2. Afskrif van geboortesertifikaat	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
3. Vorderingsverslag van vorige skool	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	4. Oorsplasingsbrief van vorige skool	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
5. Afskrif van ID - Vader	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	6. Afskrif van ID - moeder	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
7. Bewys van woonadres	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	8. Pleegsorgdokumente waar van toepassing	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Datum:		Uitstaande dokumente	