



Geagte Ouer/Voog

VELDSKOOI 2025 – GRAAD 10

Hiermee nooi ons graag u kind uit om die graad 10-Veldskool by te woon. Ons wil graag dat AL die graad 10-leerders die veldskool bywoon.

Datum

Die veldskool vind plaas vanaf 27 tot 29 Augustus 2025, te Kwaggasrus (30 km anderkant Brits). Die leerders vertrek op 27 Augustus om 08:00, per bus en sal op 29 Augustus terug wees by die skool.

Koste

Die koste verbonde aan die veldskool beloop **R1100.00 per leerder**, wat ondermeer die volgende insluit:

- verblyf
- vervoer
- 6 etes; en twee nagte se gebruik van die veldskoolfasiliteite.

Vir finansiële reëlings en vrae stuur asseblief 'n e-pos na me A Jacobs (finansies@oos-moot.co.za). 'n Reëling moet met die finansiële kantoor getref word, sodat u oor die volgende maande die bedrag in paaiemente kan vereffen. Die **volle bedrag moet asseblief teen 30 Junie** inbetaal wees.

Betaling

Bankbesonderhede:

Rekeningnaam : Hoërskool Oos-Moot
Bank : First National Bank (FNB)
Rekeningnommer : 63124628041
Takkode : 210835
Verwysing met betaling : (Sien voorbeeld – SusanBotha Pr 356)

Moet NIE die familiekode gebruik nie, want dan word die geld direk as skoolfonds gereken.

Veldskoolbenodigdhede

<ul style="list-style-type: none">• Hoed• Waterbottel• Sonbrandroom• "After burn lotion"• Muskietweerder• Flits met batterye• Toiletware: Seep, Waslap, Shampoo, Tandeborsel ens.• Ekstra rol toiletpapier• Snesies (Tissues)• Swemhanddoek en badhanddoek• Tekkies (oues)• 1 Paar ou klere	<ul style="list-style-type: none">• 2 Stelle klere• Kouse• Plakkies• Stapskoene (vir die veld)• Swemklere• Bybel en notaboek• Warm klere: Sweetpak en baadjie• Persoonlike medikasie: Celestamine• Slaapsak, kussing en paslaken vir matras (eie beddegoed)• Swartsak vir vuil klere	<ul style="list-style-type: none">• Geld vir koeldrank, sjokolade en aartappelskyfies of bring eie lekkergoed saam• GEEN SELFOON NIE (onderwysers het selfoon vir noodgevalle)• GEEN ALKOHOL, SIGARETTE, HUBBLY OF ELEKTRONIESE SIGARETTE NIE.• Daar is 'n mediese kissie by die onderwysersshut beskikbaar.
--	---	---

Hoërskool Oos-Moot

HAARHOFFSTRAAT 1120, VILLIERIA, 0186

Telefoon: (012) 332-0601

E-pos: oosmoot@oos-moot.co.za

www.oos-moot.co.za



Aktiwiteite

<ul style="list-style-type: none">• Hindernisbaan(Sluit water in)• Skuilings bou• Foefieslide (Geen water)• Putt putt• Nagmars	<ul style="list-style-type: none">• Skattejag• Big 6• Matte• Blokkies en kwaggasbal
--	--

Fasiliteite

Neem asseblief kennis dat die perseel 'n swembad en ander waterfasiliteite het wat 'n gevaar vir leerders kan inhou.

Dokumentasie

Die volgende dokumentasie moet asseblief op die laaste **31 Januarie 2025** by die voogonderwyser ingehandig word.

- Toestemmingsvorm (aangeheg)
- Afskrif van geboortesertifikaat
- Afskrif van mediese fondskaart
- Mediese inligtingsvorm (aangeheg)
- Allergiebrief, indien nodig

Voltooi asseblief die **skeurstrokie en aangehegte toestemmingsvorme** (vanaf bladsy 3) deur die korrekte keuses af te merk en u naam, sowel as die graad 10-leerder se naam in te vul. Stuur asseblief die voltooide vorm, nie later as **31 Januarie 2025**, terug na die voogonderwyser.

Oos-Moot groete

S THERON
TOESIGHOUENDE HOOF

Z DE KLERK
ORGANISEERDER



GRAAD 10 VELDSKOOI 2025 – SKEURSTROKIE

Voltooi asseblief die **skeurstrokie en aangehegte toestemmingsvorm** deur die korrekte keuses af te merk en u naam, sowel as die graad 10-leerder se naam in te vul. Stuur asseblief die voltooide vorms, nie later as **31 Januarie 2025**, terug na die voogonderwyser.

Hiermee gee ek _____ ouer/voog van

_____, toestemming dat my seun/dogter die veldskool **mag**

nie mag bywoon en sal die bedrag van R1100.00 in **paaielemente** **eenmalig** betaal voor of op 30 Junie 2025.

OUER

DATUM

TOESTEMMINGSVORMS



GAUTENG PROVINCE
EDUCATION
REPUBLIC OF SOUTH AFRICA

SCHEDULE 3 FORM 1

PARENTAL EXCURSION/TOUR CONSENT FORM

Note: This to be completed by a parent legal guardian/person acting in parental capacity of the learner who will undertake an excursion/tour.

1. DETAILS OF LEARNER

1.1	Name	
1.2	Grade	
1.3	School	

2. DETAILS OF THE SCHOOL

2.1	District	
2.2	Name of School	
2.3	Name of Principal	

3. DETAILS OF EXCURSION/TOUR

3.1	Destination	
3.2	Purpose of excursion/tour	
3.3	Proposed departure date	
3.4	Proposed arrival date	

4. WATER ACTIVITIES

Can your child swim?

Yes

No

Do you give permission for your child to swim?

Yes

No

5. CONSENT BY PARENT/LEGAL GUARDIAN/PERSON ACTING IN PARENTAL CAPACITY

I, _____ (parent/legal guardian/acting in parental capacity) do hereby consent to the above learner undertaking the excursion/tour, and confirm that –

- 5.1 have been advised and fully understand the purpose, nature and risks associated with this excursion/tour:

- 5.2 have been informed by the school of all the relevant details associated with this excursion/tour, including the itinerary, arrangements for travel, accommodation, contact details of the excursion/tour manager and other associated details:

- 5.3 understand that in the event of accident or injury to the above learner that all reasonable steps will be taken by the excursion/tour manager to contact me and if cannot be reached contact my relatives indicated to obtain consent for any necessary emergency medical treatment and/or any emergency medical operation:

Name of Person	Relationship to the learner	Contact details
		Home: Work: Cell phone: Email: Fax:
		Home: Work: Cell phone: Email: Fax:

- 5.4 have completed the medical questionnaire to ensure the safety of my child; and have been provided with a copy of the school’s discipline rules in terms of which the learner will undertake the excursion/tour.

6. DETAILS AND SIGNATURE OF PARENT/LEGAL GUARDIAN/PERSON ACTING IN PARENTAL CAPACITY

6.1	Name	
6.2	Capacity	
6.3	Address	
6.4	a) Contact telephone number	
	b)Cell number	
6.5	Signature	
6.6	Date	



**SCHEDULE 2
 FORM 1**

MEDICAL QUESTIONNAIRE

1.	School Name			
2.	Name of Learner			
3.	Date of Birth			
4.	Nature of Tour			
5.	Name of Parent/Legal Guardian			
6.	Home Address			
7.	Home Telephone/Cell no.			
8.	Work Telephone			
9.	Work Address			
10.	Do you belong to a medical aid (X)			
	Name the Fund			
	Medical Aid Number			
11.	Name of Family Doctor			
12.	Telephone Number			
13.	Is your child allergic to any food (X)	Yes		No
13.1	If Yes, specify			
14.	Is your child allergic to any medication (X)	Yes		No
14.1	If yes, please give details			
15.	Is your child presently taking any medication?	Yes		No
15.1	If so, please give a detailed list of medication and the dosage prescribed			
Details of Person Providing the Information				
Relationship to learner				
Print Name				
Signature of Parent				
Date				