

# Anmeldung zur Ferienbetreuung 2012

**Osterferien:**

Römerprojekt 10.04. – 13.04.2012

**Sommerferien:**

Zeltlager Hönningen 02.07. – 05.07.2012

Fußballcamp 09.07. – 13.07.2012

Anno dazomal Bauspielplatz 16.07. – 20.07.2012

Anno dazomal Workshopwoche 23.07. – 27.07.2012

**Herbstferien:**

Sportwoche 01.10. – 05.10.2012

Theater, Theater 08.10. – 12.10.2012

Zutreffendes bitte Ankreuzen

Anmeldung für unseren Sohn / unsere Tochter

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer und Adresse der Dienststellen der Eltern (Daten, die das Land braucht, unerlässlich für eine erfolgreiche Anmeldung):

Ich bin allein erziehend:  Ja  Nein

Vater:

\_\_\_\_\_

Erreichbarkeit während der Arbeit: \_\_\_\_\_

Mutter:

\_\_\_\_\_

Erreichbarkeit während der Arbeit: \_\_\_\_\_

Besteht für die TeilnehmerIn eine Haftpflichtversicherung?  Ja  Nein

Ist sie / er SchwimmerIn?  Ja  Nein

Darf sie / er im Schwimmbad baden?  Ja  Nein

Darf sie / er an Radtouren, Wanderungen teilnehmen?  Ja  Nein

# Gesundheit

Hat sie / er spezielle Krankheiten, auf die die Freizeitleitung vorbereitet sein sollte?

Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Hat sie / er spezielle Allergien?

Insektenstiche

Ja  Nein; wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Nahrungsmittel

Ja  Nein; wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Medikamente

Ja  Nein; wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Blüten u. Pollen

Ja  Nein; wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

**(Bei Bedarf Kopie vom Allergiepass mitgeben!)**

Benötigt sie / er spezielle Medikamente?

Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**(Bitte unbedingt mitgeben!!!)**

Wir erklären uns damit einverstanden, dass unsere Tochter/ unser Sohn bei Bedarf Lutschtabletten gegen Halsschmerzen, eine Salbe gegen Sonnenbrand/ leichte Verbrennungen/ Prellungen/ Verletzungen, Tabletten gegen Kopfschmerzen sowie bei Bedarf Betaisodonna ausgehändigt bekommt. Zudem haben wir uns im Bereich der Homöopathie geschult und würden nach Bedarf Globolis gegen Verstauchungen/ Zerrungen/ Schürfwunden/ Sonnenbrand/ Insektenstiche oder Übelkeit geben.

**(Nichtzutreffendes ggf. durchstreichen)**

Er/ sie wird morgens gebracht um (Zeit zw. 8.00 und 9.00 Uhr): \_\_\_\_\_

Darf er/ sie am Ende des Aktionstages alleine nach Hause gehen

Ja  Nein

Er/ sie wird abgeholt von: \_\_\_\_\_

Bilder, die während der Freizeit aufgenommen wurden und auf denen mein Kind zu sehen ist, dürfen in der örtlichen Presse sowie auf der Internetseite veröffentlicht werden bzw. für Werbezwecke des Vereins verwendet werden (z.B. Beim Erstellen eines Flyers)

Ja  Nein

Ich benötige eine Rechnung über die angefallenen Betreuungskosten

Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
/ \_\_\_\_\_  
**Datum Unterschrift eines Personensorgeberechtigten**