



Anmeldebogen Ferienfreizeit Bad Fallingbostel

13.08. bis 23.08.2018

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Kirchengemeinde: _____

Name, Anschrift und Telefon des Erziehungsberechtigten

(Anschrift und Telefon nur, wenn sie vom Kind abweichen) _____

evtl. Urlaubsanschrift
mit Telefon der Eltern: _____

Besonderheiten:

Medikamenteneinnahme, Allergien o.ä., alles, was die Lagerleitung wissen sollte!

evtl. Rückseite benutzen

Mein Kind ist Schwimmer

Nichtschwimmer

Kurze Begründung für eine Ermäßigung

Sozialhilfeempfänger

Geschwisterrabatt

Arbeitslosigkeit

Sonstiges (bitte Rückseite benutzen)

Teilnehmerbeitrag, inkl. Ausflug Heidepark
inkl. Taschengeld

330,- €

Anzahlung:

50,- €

(bei Rücktritt keine Erstattung)

Mit meiner Unterschrift melde ich mein
Kind verbindlich zur oben genannten
Freizeit an.

Der Restbetrag von _____ €

wurde bar () auf unser Konto () eingezahlt

Kamp-Lintfort, den _____

Krankenkassenkarte+Impfausweis liegen vor

(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

TEILNEHMERERKLÄRUNG

Name des Kindes: _____

- 1.0. Hiermit übertragen wir für die Zeit vom 13.08. bis 23.08.2018 den Betreuern/innen der Ferienfreizeit nach Bad Fallingbostal die Aufsicht und Betreuung unseres Kindes.
- 1.1. Uns ist bekannt, dass unser Kind bei schweren Ordnungsverstößen, bei denen die Freizeitleitung die Verantwortung nicht mehr übernehmen kann, vorzeitig nach Hause geschickt werden kann. In diesem Fall sind alle anfallenden Kosten (auch für die begleitenden Betreuer) von uns unverzüglich zu erstatten. Vom Teilnehmerbetrag wird in diesem Fall nichts zurückerstattet.
- 1.2. Wir werden unser Kind eindringlich davon in Kenntnis setzen, dass es den Anordnungen der Leiter/innen in jedem Fall Folge zu leisten hat.
- 1.3. Gefährliche Gegenstände, Feuerzeuge, Streichhölzer Taschenmesser u.ä., sowie Handys/Smartphones / iPad, iPod / Computer etc. sind für die Teilnehmer nicht erlaubt.
Die Freizeitleitung behält sich vor, die genannten Dinge an sich zu nehmen und Ihrem Kind/Ihnen nach Ende der Freizeit wieder auszuhändigen, sofern Ihr Kind die Gegenstände dennoch mit ins Lager nimmt.
- 2.0. Wir gestatten unserem Kind während des Ferienaufenthalts mit Erlaubnis der Freizeitleitung, auch ohne Begleitung eines Betreuers in kleinen Gruppen (mindestens 5 Personen) auszugehen, wenn innerhalb des Programms Ausgang vorgesehen ist.
- 3.0 Unser Kind ist Schwimmer nein ja
- 3.1 Unser Kind darf am gemeinsamen Schwimmen teilnehmen nein ja

4.0. Unser Kind benötigt zurzeit folgende Medikamente (bitte bei Abfahrt am 13.08.18 am Bus der Freizeitleitung mit Namen und nötiger Dosierung beschriftet übergeben, *dieses gilt auch für homöopathische Medikamente.* (bitte den "Waschzettel" bzw. Beipackzettel nicht vergessen)

4.1. **Verfahrensweise bei regelmäßiger Medikamentengabe**

Name des Medikamentes: _____

Grund der Einnahme: _____

Dosierung: _____

Name des Medikamentes: _____

Grund der Einnahme: _____

Dosierung: _____

Name des Medikamentes: _____

Grund der Einnahme: _____

Dosierung: _____

4.2. Bitte geben Sie die angegebenen Medikamente in ausreichender Anzahl mit, da nicht immer die gleichen Medikamente besorgt werden können. Die Medikamente sind den Betreuern vor der Abfahrt auszuhändigen. Sie werden während der Ferienfreizeit für die regelmäßige Einnahme sorgen.

5.0. **Schutzimpfungen**

Art der Impfung	Impfschutz vorhanden	Datum der Impfung
Tetanus	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
FSME	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

6.0. **Gesundheitsfragen**

Der Veranstalter ist aus rechtlichen und versicherungstechnischen Gründen auf die nachstehenden Angaben angewiesen. Füllen Sie den Fragebogen bitte **gut leserlich** aus. Alle Angaben werden natürlich streng vertraulich behandelt.

6.1. Reaktionen auf Insektenstiche nein ja _____

6.2. Herzbeschwerden nein ja _____

6.3. Kreislaufbeschwerden nein ja _____

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| 6.4. Atembeschwerden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 6.5. Licht-/ Sonnenempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 6.6. Medikamentenunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 6.7. Hautempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 6.8. Allergien | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 6.9. Ansteckende Krankheiten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 6.10. Tuberkulose (TBC-Gefährdung) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 6.11. Epileptiker | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 6.12. Klaustrophobie/Höhenangst | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 6.13. Bettnässer | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 6.14. Sonstiges | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |

7.0. Unser Hausarzt ist:

Name:

Tel.:..... Fax.....

Straße:

PLZ, Ort:

7.1. Wir bestätigen, dass unser Kind kranken- und haftpflichtversichert ist.

Krankenversicherung:.....

Unser Kind ist krankenversichert bei:

Name

und Geb.-Datumdes Versicherungsnehmers (*nicht des Kindes*)

7.2. Wir erklären, dass im Falle einer ernsthaften Erkrankung unseres Kindes die verantwortlichen Leiter der Ferienmaßnahme die Entscheidung über eine eventuelle Krankenhausbehandlung oder Operation treffen dürfen, sofern eine Rücksprache mit uns nicht mehr möglich sein sollte.

8.0. Informationen für die Küche

- | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| 8.1. Nahrungsmittelunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 8.2. Vegetarier | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 8.3. Religiöse Vorschriften | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 8.4. Sonstiges | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |

- 9.0. Uns ist bekannt, das Bilder/Videos unseres Kindes der Öffentlichkeit über Printmedien/Internet zugänglich gemacht werden (z.B. Lagerfoto/Berichte auf der Homepage der Pfarrgemeinde). Die Rechte an den Bildern/Videos treten wir an die Pfarrgemeinde kostenlos ab. Die verwendeten Bilder verfolgen ausschließlich den Zweck, die Kirchengemeinde mit ihren Aktivitäten darzustellen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass wir Fotos, auf denen Ihr(e) Sohn/Tochter zu erkennen ist, zu oben genannten Zwecken verwenden dürfen.
- 10.0. Bitte tragen Sie Ihre Handynummer hier ein, wenn Sie damit einverstanden sind, dass wir Sie in die WhatsApp-Gruppe für schnellere Benachrichtigungen und Infos aufnehmen:

Handynummer:

- 11.0. Folgende Dokumente müssen am **Abfahrtstag, 13.08.2018, am Pfarrheim St. Barbara abgegeben werden:**
- Impfausweis
 - Krankenversicherungskarte
- 11.1. Diese Teilnehmererklärung bitte am Elternnachmittag oder spätestens bis zum **zum 01.08.2018** im Pfarrbüro St. Josef abgeben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Teilnehmererklärung verstanden zu haben und alle Punkte wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt zu haben. Ich erkläre mich mit allen genannten Punkten einverstanden.

Kamp-Lintfort, den.....

.....

Unterschrift des Erziehungsberechtigten