

Ferienfreizeit Gillenfeld

für Kinder von 6-12 Jahren



Kontakt



Sorgende Gemeinschaft
Pulvermaar

Yvonne Weland

Tel.: 06573 – 996588

Mail: y.weland@genomaar.de

Name Kind: _____

Vorname: _____

Geburtsjahr: _____

Name Eltern: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Mail: _____

(bitte unbedingt angeben für weitere Kontaktaufnahme)

Telefonnummer unter der meine Eltern
in der Ferienwoche erreichbar sind: (falls abweichend) _____

Wichtige Angaben zu meiner Person:

Ich bin Veganer/Vegetarier: _____

Ich habe folgende Allergien, Krankheiten: _____

Ich nehme folgende Medikamente ein: _____

Ich darf an folgenden Sportaktivitäten **NICHT**
teilnehmen: _____

Ich bin Schwimmer/Nichtschwimmer: _____

Das müsst ihr ebenfalls über mich wissen: _____

Frühbetreuung: von 07:30 bis 09:00 Uhr wann komme ich: _____

Nachmittagsbetreuung: von 16:00 bis 17:00 Uhr wann werde ich abgeholt: _____

Name der Krankenkasse: _____

Kopie des Impfausweises bitte beifügen.

Wenn wir nicht zu erreichen sind, ermächtigen wir den Veranstalter im Falle einer akuten Erkrankung oder eines Unfalles, die notwendigen medizinischen Schritte einzuleiten.

Da sich die Kinder in der Natur bewegen, achten wir auf eventuelle Zeckenbisse.

Verfahren bei Zeckenbiss

Entfernung der Zecken durch Betreuer: _____ nur durch Arzt/Fachpersonal: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass sich mein Kind kurzzeitig im Rahmen von Freispielen etc. unbeaufsichtigt in der direkten Umgebung bewegen darf.

Die Fotos, die im Rahmen der Ferienaktion gemacht werden dürfen für die Öffentlichkeitsarbeit der Ortsgemeinde und für Pressearbeit genutzt werden.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihr Sohn/Ihre Tochter unbedingt den Anweisungen der Betreuer/innen Folge zu leisten hat. Für Verletzungen, Unfälle etc. die aus Nichtbeachtung der Anweisungen hervorgehen übernehmen die Veranstalter keine Haftung.

Die Rückerstattung des Teilnehmerbeitrages bei Nichtteilnahme nach verbindlicher Anmeldung, wird nur im außergewöhnlichen Härtefall und mit ärztlichem Attest gewährt.

Ort

Datum

Unterschrift der Eltern

Unterschrift des Teilnehmers