

# Angebot 2017 Jugendtreff Dießen



Anmeldung:

Maßnahme: \_\_\_\_\_ von/bis: \_\_\_\_\_

Name des Teilnehmers/in: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Angaben der Eltern/ Erziehungsberechtigten

Für die Zeit der Veranstaltung sind wir unter folgender Adresse zu erreichen:

Name: \_\_\_\_\_ Beziehung zum Kind: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

Email-Adresse für Newsletter \_\_\_\_\_

## Krankenversicherung:

Krankenversicherung des Kindes: \_\_\_\_\_

Hauptversicherter \_\_\_\_\_

(Bitte die Versichertenkarte bei mehrtägiger Maßnahme mitgeben)

## Zutreffendes bitte ankreuzen:

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Besteht für den/die Teilnehmer/in eine Haftpflichtversicherung? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Darf der/die Teilnehmer/in baden?                               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kann der/die Teilnehmer/in schwimmen?                           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kindersitz erforderlich?  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

## Anregungen und Wünsche zur Gestaltung der Maßnahme:

---

---

---

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass die gemachten Angaben wahrheitsgemäß und verbindlich sind. Die umseitigen Medizinischen Hinweise sind Bestandteil der Anmeldung. Die in der Ausschreibung genannten Teilnahme- und Zahlungsbedingungen erkenne ich an.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Teilnehmers / Teilnehmerin

Bei Teilnehmer/innen unter 18 Jahren ist die Unterschrift der Erziehungsberechtigten notwendig.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten



## Medizinische Hinweise

Damit wir uns um das Wohlbefinden des / der Teilnehmers/in optimal kümmern können bitten wir Sie, uns ausführlich über alle gesundheitlichen Besonderheiten zu informieren.

Leidet Ihr Kind unter Allergien? Wenn ja, welche?

---

---

---

Bitte beschreiben Sie die Auswirkungen der Allergie(n) und welche Vorgehensweise Sie uns im Falle des Auftretens empfehlen:

---

---

---

Vorhandene Behinderungen (bitte kurze Beschreibung)?

---

---

---

Gesundheitliche Besonderheiten Ihres Kindes:

---

---

---

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche?

---

---

---

Wie oft und wann müssen die Medikamente eingenommen werden?

---

---

---

Sonstige Bemerkungen?

---

---

---

---

---