



Verbindliche Anmeldung zur Geschwisterfreizeit vom 11. -13.10.2024

(bitte in Druckbuchstaben und gut leserlich schreiben)

**Bitte Foto aufkleben
oder mitschicken**

Angaben Teilnehmer*in

Vorname: _____ Nachname: _____

Tel.-Nr. des Kindes (falls vorhanden): _____

Str./PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Kontakt Erziehungsberechtigte oder Notfallkontakt

Name: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____

Was sollten wir vorab über dich wissen? (z.B. Allergien, psychische Einschränkungen, ADHS, Medikamenteneinnahme, Essensbesonderheiten) *1 bitte Informationen auf Seite 2 beachten

- Ich nehme Medikamente (bitte Zusatzblatt ausfüllen) Schuhgröße: _____
- Ich bin Schwimmer*in Ich bin Nichtschwimmer*in

Ich bin mit Fotos *2 bitte Informationen auf Seite 2 beachten

- einverstanden nicht einverstanden **nur für den Privatgebrauch**
(keine Veröffentlichung im Internet und den Sozialen Medien)

Infos über meine Familie: meine Eltern, meine Geschwister (Name, Alter, Behinderung/ Erkrankung):

Regelbeitrag: 60,00 €

Wir möchten, dass alle, unabhängig ihrer finanziellen Situation, an unseren Kursen teilnehmen können. Sollte der Regelbeitrag Ihre wirtschaftlichen Möglichkeiten übersteigen, wählen Sie einen Beitrag, den Sie von Herzen gerne geben können und möchten. Wenn Sie mehr geben können, wertschätzen Sie unser Projekt mit einem Förderbeitrag finanziell und ideell.

Der Betrag muss erst nach der Teilnahmebestätigung und einer Zahlungsaufforderung bezahlt werden.

Mir ist bewusst, dass alle sportlichen Aktivitäten, wie Klettern, Bootfahren, Reiten, SUPen, etc. trotz sämtlicher sicherungstechnischer Maßnahmen mit Risiken für Material und Gesundheit verbunden sind. Teilnehmende bestimmen selbst Intensität und Ausmaß der körperlichen Betätigung. Weiterhin ist mir bewusst, dass ein der Situation angemessenes Verhalten sowie eine bestimmte Mitarbeit erwartet wird. Die Teilnehmenden sind verpflichtet, den Anweisungen der Trainer*innen diesbezüglich Folge zu leisten.

Ich akzeptiere die beigefügten Anmelde- und Teilnahmebedingungen auf Seite 2 und bestätige die Anmeldung.

Bitte 2. Seite beachten

Verbindliche Anmeldung zur Geschwisterfreizeit vom 11. -13.10.2024

*1 Mit diesen Angaben unterstützen Sie uns in der Gewährleistung der Sicherheit während der Teilnahme an unseren Veranstaltungen. Sie dienen der Vermeidung von Verletzungen und ggf. der bestmöglichen medizinischen Versorgung. Alle Informationen werden vertraulich behandelt und sind nur den Betreuer*innen zugänglich.

Einschränkungen/Krankheiten schließen eine Teilnahme an der Veranstaltung nicht grundsätzlich aus. **Ich bestätige, dass ich beim Vorliegen wichtiger Besonderheiten die Veranstalter informiere.**

Bsp.: Infektionen, Corona Symptome, Erkrankungen im Herz- Kreislaufsystem, chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Epilepsie, Diabetes), Besonderheiten am Bewegungsapparat, Besonderheiten der kognitiven Fähigkeiten, Allergien, Operationen, Medikamenteneinnahme, etc.)

*2 Wir nutzen Fotos und/oder Videoaufnahmen aus Veranstaltungen zur fachlichen Auswertung und zur Öffentlichkeitsarbeit (in Flyern, Broschüren, Presseartikeln bei Ausstellungen und auf der Homepage oder den Social-Media-Kanälen der jeweiligen Organisationen und dem Arbeitskreis für Geschwister).

Die Verwendung der Fotos und Videoaufnahmen erfolgt unentgeltlich und nicht zu kommerziellen Zwecken. Es besteht kein Anspruch auf Namensnennung der auf den Fotos und Videoaufnahmen abgebildeten Personen. Meine Einverständniserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Bei auftretender Erkrankung oder schwerwiegender Missachtung der Regeln behalten wir uns vor Ihr Kind von der Freizeit auszuschließen. Ich erkläre mich einverstanden mein Kind auf eigene Kosten von der Freizeit abzuholen.

Mit der Anmeldung an der Veranstaltung erkläre ich mich mit der Speicherung der personenbezogenen Daten aus dem Anmeldeformular einverstanden.

Name Kind: _____

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r

Mit freundlicher Unterstützung der



Verordnung Medikamente

durch Erziehungsberechtigte / gesetzliche Betreuer*in

Name des/der gesetzl. Betreuer*in:

Teilnehmer*in.....

Medikamente:
(auch Salben, Tropfen etc.)

Dosierung: (nüchtern, vor - während - nach dem Essen)

Medikament	Früh	Vormittag	Mittag	Nachmittag	Abends	Nachts
	Sonstiges:					

Art der Verabreichung:
.....

Bedarfsmedikation (z.B. bei Kopfschmerzen, Epilepsie etc.) :
.....

Sonstige Anweisungen für den Notfall:
.....
.....

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte