

Einverständniserklärung

Name der/s Teilnehmers/in: _____

Geburtsdatum: _____

Angaben der Eltern/ Erziehungsberechtigten:

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

Name: _____

Beziehung zum Kind: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Adresse: _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenversicherung des Kindes: _____

Hauptversicherter: _____

(Bei mehrtägigen Veranstaltungen bitte die Versichertenkarte zur Maßnahme mitgeben.)

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Ist der/die Teilnehmer/in empfangsberechtigt für Wohngeld, ALG I oder II (hiermit verbunden ist die Gewährung von Sonderförderung)? ja nein

Darf sich der/die Teilnehmer/in in Gruppen zu mindestens 3 Personen ohne Betreuer in der Öffentlichkeit bewegen? ja nein

Besteht für den/die Teilnehmer/in eine Haftpflichtversicherung? ja nein

Darf der/die Teilnehmer/in baden? ja nein

Kann der/die Teilnehmer/in schwimmen (Leistungen entsprechen mindestens Freischwimmer/Jugendschwimmabzeichen Bronze)? ja nein

Verzicht auf bestimmte Nahrungsmittel? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Kindersitz erforderlich? ja nein

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 sowie die Datenschutzbestimmungen erkenne ich an.

Ort, Datum Unterschrift des/r Teilnehmers/in

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

Unterschrift der/s Erziehungsberechtigten

Medizinische Hinweise

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

Leidet der/die Teilnehmer/in unter Allergien? ja nein Wenn ja, welche?

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

Gesundheitliche Besonderheiten des/der Teilnehmers/in (bitte kurze Beschreibung)

Nimmt der/die Teilnehmer/in Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche und wann bzw. wie oft müssen diese genommen werden?

Sonstige Bemerkungen:
