

Ferien-Workshop Herbst 2016



Verbindliche Anmeldung: Abzugeben bis zum 12. Oktober 2016

Vorname Kind

Nachname Kind

Geb.Datum Kind

ggf. Klasse GS/STS Heidberg

Anschrift: Straße, PLZ, Ort

Erziehungsberechtigte(r): Name, ggf. abweichende Anschrift

Telefon

Mobil

Email

Weitere Ansprechpartner, Betreuer, o.ä. mit Kontakt (Mobil, Telefon o.ä.)

Gesundheitsfragen:

Mein Kind benötigt zurzeit folgende Medikamente regelmäßig: _____

Mein Kind ist Tetanus geimpft: ja nein Datum der Impfung: _____

Mein Kind ist gesetzlich krankenversichert privat krankenversichert

Eventuelle gesundheitliche Rücksichtnahme (z.B. Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten o.ä.):

Falls mein Kind während des Ferienworkshops Medikamente einnehmen muss oder es andere gesundheitliche Probleme hat, bittet das Leitungs-Team eine schriftliche Darstellung über die Anwendung der Medikamente bzw. die gesundheitliche Rücksichtnahme. Ansonsten kann bei fehlerhaftem Handeln aufgrund von Unwissenheit keine Haftung übernommen werden.

Ich ermächtige das Leitungs-Team, mein Kind ärztlich zu versorgen und in Notfällen notwendige Eingriffe oder Schutzimpfungen vornehmen zu lassen, die ein hinzugezogener Arzt für erforderlich hält.

Baden / Schwimmen:

Mein Kind kann am Baden sowie an Veranstaltungen am / auf dem Wasser innerhalb des Ferienworkshops teilnehmen: Ja Nein

Mein Kind hat das Schwimmabzeichen: kein Abzeichen Seepferdchen Bronze Silber Gold

... bitte wenden, Seite 2 =>

Erreichbarkeit:

Tagsüber während des Workshops sind die Eltern / Erziehungsberechtigten wie folgt erreichbar:

Telefon: _____ Büro/Arbeit: _____

Mobil: _____

Teilnahmebedingungen:

Bei Nichterscheinen trotz verbindlicher Anmeldung ist ein Ausfallentgelt in Höhe von € 50 zu zahlen. Absagen sind bis eine Woche vor Beginn des Workshops kostenfrei möglich.

Der Veranstalter übernimmt keinerlei Haftung für abhanden kommende oder beschädigte Wertgegenstände!

Der Anmeldung ist beizulegen:

- Kopie Impfpass
- Kopie der Krankenversichertenkarte
- ggf. Medikamentenplan
- ggf. Stellungnahme zur gesundheitlichen Rücksichtnahme

Medikamente sind bei der Leitung abzugeben!

Verpflegung:

- Mein Kind ist Vegetarier
- Mein Kind isst kein Schweinefleisch
- Nahrungsmittelunverträglichkeit: _____

Sonstige Anmerkungen:

Hamburg, den _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

Veranstalter:

SiB-Club e.V., Tangstedter Landstr. 300, 22417 Hamburg
Tel.: 040 / 428 892 194 Mail: info@sibclub.de
Weitere Infos: www.SiBClub.de

