

# Anmeldung

Seite 1 von 2

Name der Freizeit: \_\_\_\_\_

Name Teilnehmer/in: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ weiblich ☐ männlich ☐

Name Personensorgeberechtigte/r: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

In Notfällen bitte verständigen:

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

## Persönliche und wichtige Informationen zur Teilnehmerin/zum Teilnehmer

Name Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Name Hausarzt: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Krankheiten (z. B.: Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeit, ADHS, ...):

---

---

Folgende Medikamente müssen eingenommen werden (auch bei Allergien u. ä.):

Name: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

Unverträglichkeit bei folgenden Medikamenten/Wirkstoffen:

---

Folgende sportlichen Aktivitäten dürfen aufgrund einer Krankheit/Verletzung nicht ausgeübt werden:

---

Bettnässer? ja ☐ nein ☐ Nichtschwimmer ☐ Schwimmer ☐

Vegetarier? ja ☐ nein ☐ Schwimmanfänger ☐

Auf folgende Besonderheiten/Auffälligkeiten (insb. bzgl. Verhalten u. ä.) möchte ich aufmerksam machen:

---

Wird ein Antrag auf Gewährung einer Beitragsermäßigung gestellt? ja ☐ nein ☐

Möchten Sie den Teilnahmebeitrag in Raten zahlen? ja ☐ nein ☐

Zwecks evtl. Rückerstattung des Teilnehmerbeitrages (z. B. Rücktritt wegen Krankheit) geben Sie bitte Ihre Bankdaten an, da sonst keine Rückzahlung erfolgen kann:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_ IBAN.: \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung:**

Den bei Unfällen und Krankheiten notwendigen und unaufschiebbaren medizinischen Behandlungen und Eingriffen stimme ich zu. Bei akuter Erkrankung (wie z. B. Kopfschmerzen, Übelkeit, Zerrung, Mückenstich usw.) darf durch die Betreuer/innen ein leichtes nicht verschreibungspflichtiges Medikament zur Anwendung, über einen der Krankheit angemessenen Zeitraum, gegeben werden. Bei der Ferienmaßnahme ist eine gültige Krankenversicherungskarte/Auslandskrankenschein und eine Kopie des Impfbuches mit sich zu führen.

Bei allen Freizeiten geht der Veranstalter davon aus, dass die Teilnehmenden die Erlaubnis besitzen sich ihrem Alter entsprechend am Ferienort, auch ohne Begleitung und Beaufsichtigung von Betreuer/innen, zu bewegen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein/e Tochter/Sohn an allen Aktivitäten wie z. B. Wanderungen, Schwimmen usw. teilnehmen darf.

Ich bin mir bewusst, dass die Betreuer/innen für ordnungswidrige, unerlaubte Einzelaktionen eines/einer Teilnehmer/in keine Verantwortung übernehmen können. Meine/n Tochter/Sohn habe ich darauf hingewiesen. Der Veranstalter ist berechtigt, Teilnehmer/innen bei groben Verstößen gegen die Ordnung von der Maßnahme auszuschließen. Alle in diesem Zusammenhang entstehenden Kosten gehen zu Lasten der Personensorgeberechtigten. Dies gilt auch für den Abbruch der Maßnahme wegen Krankheit oder aus persönlichen Gründen.

Ich bin damit einverstanden, dass Gruppenfotos der Freizeitmaßnahme, auf der auch evtl. mein/e Tochter/Sohn zu sehen ist, auf der Internetseite ([www.landkreis-neunkirchen.de](http://www.landkreis-neunkirchen.de)) und für Öffentlichkeitsarbeit des Landkreises Neunkirchen (z. B. Presseartikel über die Freizeitmaßnahme oder Titelseite der Broschüre mit dem Freizeitprogramm für Kinder und Jugendliche), veröffentlicht werden.

Rücktrittserklärungen vor Beginn der Maßnahme müssen grundsätzlich schriftlich erfolgen. Die Anzahlung von 25,00 € verbleibt bei Abmeldung in weniger als 6 Wochen vor der Maßnahme beim Veranstalter.

Die vorstehenden Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Eintretende Veränderungen werde ich dem Veranstalter umgehend mitteilen. Die Verantwortung für aufgrund unvollständiger Angaben entstehender Schäden trage ich. Die Teilnahmebedingungen des Veranstalters erkenne ich an.

Ort und Datum

Unterschrift der Personensorgeberechtigten