

## Anmeldung

Bitte füllen Sie das Anmeldeformular sorgfältig aus.

Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen unseren Datenschutzbedingungen.

Wunschzeitraum

30.06. - 13.07.2019

21.07. - 03.08.2019

Teilnehmer/in

weiblich

männlich

diverses

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Muttersprache \_\_\_\_\_

Klasse nach Sommerferien \_\_\_\_\_

Versicherung

gesetzlich versichert

privat versichert

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

Die Versicherungskarte der Krankenkasse ist unbedingt mit zu geben.

Für evtl. vom Teilnehmer zu verantwortliche Sach- & Vermögensschäden besteht eine Haftpflichtversicherung?

nein

ja, bei \_\_\_\_\_

Für den Teilnehmer ist eine Unfallversicherung vorhanden?

nein

ja, bei \_\_\_\_\_

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages



## Medizinische Angaben

Der Teilnehmer/die Teilnehmerin hat psychische und/oder physische Einschränkungen?

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Der Teilnehmer/die Teilnehmerin war in den letzten 6 Wochen krank?

nein  ja, mit? \_\_\_\_\_

Der Teilnehmer/die Teilnehmerin hatte Infektionskrankheiten innerhalb der letzten 6 Monate?

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Der Teilnehmer/die Teilnehmerin leidet an ansteckenden Krankheiten?

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Der Teilnehmer/die Teilnehmerin muss Medikamente einnehmen?

nein  ja, welche?  
\_\_\_\_\_

Alle mitgeführten Medikamente sind den Betreuern auszuhändigen! Bitte geben Sie die Medikamente beschriftet in einer Dosierbox für den gesamten Zeitraum mit.

Der Teilnehmer/die Teilnehmerin hatte die letzte Tetanusimpfung am? \_\_\_\_\_

Der Impfausweis ist mitzuführen.

Der Teilnehmer/die Teilnehmerin hat Verhaltensauffälligkeiten?

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Der Teilnehmer/die Teilnehmerin hat akute oder chronische Krankheiten?

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Der Teilnehmer/die Teilnehmerin hat Herz-Kreislaufkrankung z.B. Herzklappenfehler, Herzinfarkt, Blutdruck?

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Ernährung  
und Landwirtschaft



Projektträger Bundesanstalt  
für Landwirtschaft und Ernährung

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

Der Teilnehmer/die Teilnehmerin hat Verletzungen des Bewegungsapparates z.B. Bänderrisse?

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Der Teilnehmer/die Teilnehmerin leidet an/hat ....

Kurzatmigkeit?  nein  ja

Hitzeempfindlichkeiten  nein  ja

Bettnässen  nein  ja

Zahnspange  nein  ja

Kontaktlinsen  nein  ja

Hörgerät  nein  ja

Reiseübelkeit  nein  ja

Der Teilnehmer/die Teilnehmerin hatte Operationen?

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Der Teilnehmer/die Teilnehmerin hat Allergien und Unverträglichkeiten?

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Im Notfall bitte verständigen (Name & Telefon) \_\_\_\_\_

Für den eventuell notwendigen medizinischen/chirurgischen Eingriff gebe ich meine Erlaubnis für den Fall, dass ich selbst nicht rechtzeitig zu erreichen bin,

z.B. Nähen von Platzwunden, Blinddarmoperationen o.Ä.  nein  ja

dass die Betreuer im Notfall mit meinem Kind einen Arzt aufsuchen.  nein  ja

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

## Teilnahmeerlaubnis & Belehrung

Der Teilnehmer/die Teilnehmerin darf nach Absprache mit den Betreuern, auch ohne Begleitung, sich am Urlaubsort und bei Ausflügen frei bewegen.  nein  ja

Der Teilnehmer/die Teilnehmerin wurde belehrt, dass er während der gesamten Campzeit kein Alkohol, Nikotin oder andere Suchtmittel konsumieren darf. Des Weiteren dürfen keine Hieb-, Stich- und Schusswaffen mitgeführt werden.  nein  ja

Der Teilnehmer/die Teilnehmerin wurde darüber informiert, den Anordnungen der Betreuer Folge zu leisten.  nein  ja

Der Teilnehmer/die Teilnehmerin darf aus medizinischen oder anderen wichtigen Gründen im Privat KFZ mitfahren.  nein  ja

Die Sorgeberechtigten sind einverstanden, dass Bilder, Texte und audiovisuelle Aufnahmen des Teilnehmers/der Teilnehmerin, die während der Campzeit erstellt werden, im Rahmen der Projektdokumentation und Publikation Verwendung finden dürfen.  nein  ja

Der Teilnehmer/die Teilnehmerin kann schwimmen?  nein  ja

Der Teilnehmer/die Teilnehmerin darf an Wassersportaktivitäten/Badeerlaubnis z.B. Kanu, Drachenboot, Tretboot, Badeausflüge teilnehmen?  nein  ja

Der Teilnehmer/die Teilnehmerin darf seine Rückreise selbstständig antreten.  nein  ja

### Hinweis!

Die Betreuer übernehmen keine Haftung für Personen- oder Sachschäden an den Teilnehmern und Teilnehmerinnen. Die Haftung bei selbstständigen Unternehmungen des Teilnehmers/der Teilnehmerin liegt aufseiten des Teilnehmers/der Teilnehmerin bzw. des Sorgeberechtigten. Bei grobem Fehlverhalten können Teilnehmer/Teilnehmerinnen von der weiteren Teilnahme ausgeschlossen werden, ohne Rückerstattungen und auf Kosten der Sorgeberechtigten die Rückreise antreten. Die Betreuer lehnen jede Haftung bei evtl. Alimentenzahlungen ab.

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Ernährung  
und Landwirtschaft



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

## Sorgeberechtigte/r

Zur Teilnahme muss dieses Formular von **jedem** Sorgeberechtigten des Teilnehmers ausgefüllt & unterschrieben werden.

Mutter     Vater     Vormund

Mutter     Vater     Vormund

Geschlecht \_\_\_\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

## Zahlung & Kontakt

Jugendförderverein Parchim/Lübz e.V.  
Dargelützer Weg 15  
19370 Parchim

IBAN                                    DE38 1406 1308 0000 6940 02

Betrag                                    156,00 € pro Teilnehmer

Verwendungszweck    KiloCamp 2019, (Name des Teilnehmers)

**Wichtig!** Wir bitten um Zahlungseingang bis 1 Woche vor Camp-Beginn.

Ein Rücktritt der Anmeldung können wir nur bis 2 Wochen vor Camp-Beginn entgegennehmen.

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Ernährung  
und Landwirtschaft



Projektträger Bundesanstalt  
für Landwirtschaft und Ernährung

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages