

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:



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 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:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages