

Verbindliche Anmeldung zum Zeltlager des TSV Oberzenn

vom 03. – 07. August 2020



Name:

Krankenkasse:

Vorname:

Name des Versicherten:

Straße/Hausnr.:

Hausarzt:

PLZ/Ort:

Telefon:

Geburtsdatum:

E-Mail-Adresse:

Der/Die Jugendliche bringt ein ___ Mann-Zelt mit.

Was wir noch wissen sollten:

Er/Sie teilt sich das Zelt mit: _____

Kann/darf er/sie schwimmen?

Ja Nein

Ist er/sie Vegetarier?

Ja Nein

Notfall-Telefonnummer

Ich bin damit einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter das Lager in Kleingruppen ohne Betreuer verlassen darf (z. B. Holz holen) und zeitweise auch Minderjährige die Aufsicht übernehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass vom Veranstalter aufgenommene Lichtbilder, sowie Video- und Tonaufnahmen meines Sohnes/meiner Tochter für Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit und Werbung verwendet, vervielfältigt und an die TeilnehmerInnen/BetreuerInnen der Freizeit weitergegeben werden dürfen.

Datum

Unterschrift des/der Jugendlichen

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Ausgefüllte Anmeldung bitte bis spätestens 30. Juni 2020 bei
Sina Göller, Hauptstraße 3 a), 91619 Oberzenn abgeben

Nähere Informationen (Abfahrtsorganisation/ Packliste etc.) erhalten Sie nach Anmeldung.
Bei offenstehenden Fragen können Sie uns gerne kontaktieren: 0162 5307652

Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigte!

Wir bitten Sie, dieses Gesundheitsblatt auszufüllen. Es soll uns zum einen bei einem Notfall helfen, Ihr Kind richtig zu behandeln und zum anderen nähere Informationen über ihr Kind zu liefern.

Es ist selbstverständlich, dass wir die von Ihnen gemachten Angaben streng vertraulich behandeln und nach Beendigung des Zeltlagers vernichten.

Teilnehmer/ in

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon)

Eltern/Erziehungsberechtigte

	Mutter	Vater
Name		
Adresse (falls abweichend von oben)		
Telefon/Handy		

Angaben zum Gesundheitszustand

mein/ unser Kind hat folgende(s), momentan einzunehmende(s) Medikament(e) dabei:

1. _____ (Dosierung: _____)

2. _____ (Dosierung: _____)

3. _____ (Dosierung: _____)

muss bei der Einnahme unterstützt werden nimmt es/sie selbstständig

Allergien

Heuschnupfen

Bienen/- Wespenstich

Asthma

Lebensmittelallergie:

Medikamente:

sonstige Allergien/ Unverträglichkeiten:

Mein/ Unser Kind ist gegen Zecken geimpft:

Ja, zuletzt am _____

Nein

Mein/ Unser Kind ist gegen Tetanus (Wundstarkampf) geimpft: Ja, am _____

Nein, am _____

Wichtige Vorerkrankungen/ Operationen:

Sonstige (wichtige) Informationen:

In eigener Sache:

Wie sind Sie/ Wie bist du auf das Zeltlager aufmerksam geworden? (z. B. Flyer, Instagram, Bekannte)

Hast du als zukünftige/r TeilnehmerIn besondere Wünsche an unser Programm?
(z. B. bestimmte Spiele oder Aktionen)

Ja, folgende: _____

Nein _____

Ort, Datum

Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r)