

ANMELDUNG

Kick-Off-Veranstaltung JuLa

24.11.2018

Veranstaltung

Datum

_____ Nachname d. Kindes		
_____ Vorname d. Kindes	_____ Geburtsdatum	
_____ Erziehungsberechtigte		
_____ Straße, Hausnr.		
_____ PLZ, Ort	_____ Landkreis	
_____ Email		
_____ Telefon	_____ Handy	
<u>0 ja 0 nein</u>		
Mitglied	OG	Gruppenleiter

IM KRANKHEITSFALL

_____ Name d. Versicherten	
_____ Geburtsdatum	
_____ Krankenkasse	
_____ Hausarzt, Telefon	
Im Notfall zu Kontaktieren, wenn Erziehungsberechtigte nicht erreichbar:	
1. _____ Name, Telefon, Handy	
2. _____ Name, Telefon, Handy	

ESSEN

<u>0 ja 0 nein</u>	<u>0 ja 0 nein</u>
Vegetarisch	Vegan
_____ Lebensmittelunverträglichkeiten, Allergien	

GESUNDHEIT

0 Keiner dieser Punkte trifft zu.

Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden müssen:

Was?, Wann?, Wofür?

Allergien (und Maßnahmen)

Gesundheitliche Schäden

<u>0 ja 0 nein</u>	<u>0 ja 0 nein</u>
Tetanus Impfung (Datum)	FSME Impfung (Datum)

Wir sind damit einverstanden, dass digitale Fotoaufnahmen von unserem Kind gemacht werden, die vom Verband (J-GCL) gespeichert werden und ggf. für Öffentlichkeitsarbeit (Presseartikel, Homepage) genutzt werden dürfen. 0 ja 0 nein

Datum:	Unterschrift d. Erziehungsberechtigten:
--------	---

Für Ihre vollständigen und richtigen Angaben bedanken wir uns. Die Daten werden streng vertraulich behandelt und nur zu Zwecken, die vor allem der Gesundheit Ihres Kindes dienen, verwendet. Dieses Anmeldeformular wird nach der Veranstaltung vernichtet. Vielen Dank für Ihr Vertrauen.