Osterlager St. Joseph

Bült 1a, 48249 Dülmen
osterlager@ferienfreizeiten-duelmen.de

Anmelde- und Gesundheitsbogen

Bitte den Bogen in Druckbuchstaben und gut leserlich ausfüllen!

Teilnahme-Erlaubnis:

Hiermit erklären wir uns damit einverstanden, dass unser Kind am Osterlager St. Joseph im Zeitraum vom 02.04.2024 bis 06.04.2024 nach Bruchhausen teilnimmt.

Angaben zum Kind & Erziehungsberechtigten:

Vor- und Zuname des Kindes	Geschlecht des Kindes O W O M O D
Geburtsdatum und -ort des Kindes	
Straße und Hausnummer des Kindes	
PLZ und Wohnort des Kindes	
E-Mail-Adresse der Erziehungsberechtigten	
Telefonnummer (Festnetz) der Erziehungsberechtigten	
Telefonnummer (Handy) der Erziehungsberechtigten	
Gruppenwünsche des Kindes	

Wir sind im Besitz einer **Dülmener Familiencard** für 2024 und beanspruchen damit den Rabatt in Höhe von 10 Euro (Falls **ja**, bitte immer eine **Kopie beilegen**):

O Ja O Nein

Unser Kind leidet an **gesundheitlichen Beeinträchtigungen**, die die Teilnahme an nachfolgenden Tätigkeiten verbieten:

O Schwimmen O Sport O Sonstige

Unser Kind ist:

O Nichtschwimmer O Schwimmer O Rettungsschwimmer

und darf unter Aufsicht in öffentlichen Schwimmbädern am Schwimmen teilnehmen:

O Ja O Nein

Unser Kind darf sich, in kleinen **Gruppen von mindestens 3 Personen**, auch außerhalb der Schützenhalle im Gelände / Stadt / Ort ohne Begleitung eines Betreuers aufhalten:

O Ja O Nein

Auch in diesem Jahr erwägen wir die Möglichkeit T-Shirts für die Teilnehmer der Ferienfreizeit zu bedrucken. Hierzu benötigen wir folge Angaben:

T-Shirt Größe des Kindes (152,164, etc.): _____

T-Shirt- Aufschrift (Rufnamen / bei Doppelnamen): _____

Gesundheitsfragen

Unser Kind leidet unter folgenden **Krankheiten / Allergien**: _____
(bitte auch Essensallergien mit angeben)

Folgende **Medikamente** müssen regelmäßig eingenommen werden: _____

Unser Kind ist **Bettnässer**

O Ja O Nein

und nimmt in diesem Zusammenhang Medikamente:

O Ja O Nein

Die Medikamente werden bei der Abreise vom Lagerleiter / Gruppenleiter eingesammelt.
Wir möchten Sie bitten eine ausreichende Menge an Medikamenten mitzugeben!

Dürfen die mitgegebenen Medikamente von unseren Betreuern / Gruppenleitern dargereicht werden?

O Ja O Nein

Unser Kind trägt eine Zahnspange und muss diese nachts tragen:

O Ja O Nein

Unser Kind ist folgender Essenstyp:

O keine Spezifikation O Vegetarier
O Veganer O andere: _____

Angaben zum Krankenversicherungsschutz:

Versichertennummer: _____ (steht auf der Krankenkassenkarte)
Krankenkassennummer: _____ (steht auf der Krankenkassenkarte)
Name / Geburtsdatum des/der Hauptversicherten:
_____
Straße / PLZ / Ort: _____

Hausarzt, der unser Kind normalerweise behandelt:

Name: _____
Strasse / PLZ / Ort: _____
Telefon: _____

Bitte geben Sie diesem Anmeldebogen folgende Kopien bei:

O Krankenversicherungskarte O Datenschutzerklärung
O Impfausweis und Allergiepass (falls vorhanden) O Fotoeinwilligung

Wir sind damit einverstanden, dass ärztliche Maßnahmen, wie lebensrettende operative Eingriffe oder Schutzimpfungen, die vom hinzugezogenen Arzt für dringend erforderlich erachtet werden, bei unserem Kind im gegebenen Fall vorgenommen werden.

O Ja O Nein

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten