



## Anmeldung

.....  
Freizeit (Titel wie im Programm)

vom ..... bis .....  
Freizeiten-Termin bitte unbedingt angeben

### Angaben des/der Sorgeberechtigten

.....  
Vor- und Nachname (Teilnehmer/-in)

.....  
Geburtsdatum

.....

.....  
E-Mail-Adresse

.....  
Straße und Hausnummer, ggf. Adress-Zusatz

.....  
Handynummer

.....

.....  
Telefonnummer privat

.....  
PLZ und Wohnort

.....  
Telefonnummer dienstlich

### Angaben des/der Teilnehmers/-in

.....  
Vor- und Nachname (Teilnehmer/-in)

.....  
Geburtsdatum

.....  
Straße und Hausnummer

.....  
Handynummer

.....  
PLZ und Wohnort

.....  
E-Mail-Adresse

### Einverständniserklärung

- Auf der Freizeit gemachte Bilder des/der Teilnehmers/-in dürfen für Veröffentlichungen auf der Homepage von SICHERLEBEN.NET und die Pressearbeit verwendet werden. *(ggf. streichen)*
- Gegebenenfalls wird eine Ermächtigung zur Medikamentengabe gemäß ärztlicher Verordnung beigelegt.
- Bei Gefährdung der Maßnahme oder grobe Verstöße von Anweisungen und Regeln muss der/die Teilnehmer/-in auf Eigenkosten abgeholt werden. Der Beitrag kann unter diesen Umständen nicht erstattet werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Name und Unterschrift des/der Sorgeberechtigten



## Wichtige Informationsangaben

Eine entscheidungsbefugte Ansprechperson ist unter folgender Telefonnummer zu erreichen:

Name: ..... Telefon: .....

### **Krankenversicherung**

Versicherungsnummer: .....

Versicherungsnehmer: .....

Geburtsdatum: .....

### **Haftpflichtversicherung**

Versicherungsnummer: .....

Versicherungsnehmer: .....

Geburtsdatum: .....

Der/die Teilnehmer/-in ist  weiblich  männlich  
 Nichtschwimmer/in  Schwimmer/in (unsicher)  Schwimmer/in

isst folgende Produkte nicht: .....

reagiert stark allergisch auf: .....

und muss bei allergischen Reaktionen  sofort zum Arzt

folgendes Medikament einnehmen: .....

benötigt einen erhöhten Betreuungsaufwand aufgrund einer Behinderung (welche?):

.....

unterliegt folgender Diagnose (AD(H)S, Epilepsie, Ansteckende Krankheiten, Soziale Auffälligkeiten)

.....  
Beschreibung von Diagnosen, Auffälligkeiten und besonderen Verhaltensweisen ggf. auf der Rückseite

muss folgende Medikamente einnehmen: .....

Dosis: .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Name des/der Sorgeberechtigten in Druckbuchstaben und Unterschrift

**Um im Falle angemessen reagieren zu können, bitte den Fragebogen vollständig ausfüllen.  
Sämtliche Informationen werden nicht an Dritte weitergegeben!**