



THW-Jugend BEBBST | Soorstr. 84 | 14050 Berlin

Anmeldung: Seminar „Junge Helden unterwegs...“ (vom Teilnehmenden auszufüllen)

17.- 19. 02. 2012 in Magdeburg; Leiterstraße 10; 39104 Magdeburg

Name:

Alter:

Ortsverband:

Ich möchte an folgendem Workshop teilnehmen:

- Workshop 1: Du willst - Du kannst! Organisation von Veranstaltungen
- Workshop 2: Watt ihr Volt - Elektronik für Interessierte
- Workshop 3: Werkzeugkoffer für Jugendleiter/innen

Bitte nur einen Workshop ankreuzen, da alle Workshops parallel stattfinden.

Themen, die ich gern besprochen haben möchte:

Anmerkungen für uns:

Anmeldung: Seminar „Junge Helden unterwegs...“ (von den Eltern/Sorgeberechtigten auszufüllen)

17.- 19. 02. 2012 in Magdeburg; Leiterstraße 10; 39104 Magdeburg

Hiermit melde ich meine Tochter/meinen Sohn verbindlich für das Angebot an.

Name: _____ Vorname: _____

PLZ / Wohnort: _____

Straße: _____

Geburtsdatum: _____

Angaben zu den Eltern:

Name: _____ Vorname: _____

Tel. privat: _____ ggf. Tel. dienstl.: _____

E-Mail: _____

Im Notfall kann folgende Dritt-Person des Vertrauens informiert werden:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

Informationen der Eltern/Sorgeberechtigten:

Angaben für das Team

Ich erlaube meinem Kind unter fachkundiger Anleitung die Teilnahme an folgender Aktivität:

- Ich bin einverstanden, dass sich mein Kind zeitlich und räumlich begrenzt und mit Genehmigung des Betreuers von der Gruppe entfernen darf (z. B. bei Gelände- oder Stadtspielen)

Fragen zur Gesundheit des Teilnehmenden:

Ich teile Ihnen mit, dass folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen bei meinem Kind bestehen (bitte zutreffendes ankreuzen):

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Verletzungen des Bewegungs-/Stützapparates (Wirbelsäulenbeschwerden), auch wenn sie bereits längere Zeit zurückliegen
- Asthma
- Epilepsie
- Zuckerkrankheit
- Allergien gegen Stoffe, die in der Natur vorkommen, wenn ja, welche?

- Lebensmittelallergien, wenn ja, welche?

- regelmäßige Medikamente sind notwendig, wenn ja, welche?

Sollte durch Krankheit oder Unfall eine ärztliche Behandlung notwendig sein oder eine Krankenhauseinweisung veranlasst werden, bin ich mit diesen Maßnahmen einverstanden, stimme den ärztlicherseits als notwendig erachteten Sofortmaßnahmen zu und verzichte auf die vorherige Befragung des/der Personensorgeberechtigten. Eine Verständigung durch das Betreuersteam erfolgt unmittelbar.

Mein Kind ist gegen Tetanus (Wundstarrkrampf) geimpft: ja nein

Was müssen wir über Ihr Kind noch wissen? Zusätzliche Hinweise für das Team:

Datum: _____ Unterschrift des Sorgeberechtigten: _____