

## Ferienspiele der OT Eilendorf

### Anmelde-/Gesundheitsfragebogen

#### Sommerferienspiele 2019

Dieser Fragebogen wird streng vertraulich behandelt.

Hiermit melde ich meinen Sohn/meine Tochter zu den Sommerferienspielen 2019 der OT Eilendorf an.

Thema: Sommerferienspiele

Betreuungszeitraum: 05.08. – 16.08.2019

08:30-13:00 Uhr  oder 08:30-16:00 Uhr

Kostenbeitrag: 60,00 €/80,00 €

Geschwisterkinder: 55,00 €/75,00 €



#### ANMELDEABSCHNITT

Bitte leserlich (Blockschrift) ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name und Vorname des Kindes

			/			/					
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--

Geb.-datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Straße

							/													
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Plz & Ort

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefonnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefonnummer / Notfall

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mobilnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mobilnummer / Notfall

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Max. 1 Wunschpartner bei Gruppenbildung

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei den Ferienspielen geschossene Fotos meines Kindes, für die Darstellung und Werbung der pädagogischen Arbeit in der OT Eilendorf genutzt und veröffentlicht werden dürfen.**

Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Datum

Von den Mitarbeitern der Offenen Tür Eilendorf auszufüllen!

Der Teilnehmerbeitrag in Höhe von  55,00 €  60,00 €  75,00 €  80,00 € wurde bezahlt.

Kassenzeichen

# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

<b>Impfungen</b>  Tetanus <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:  Wann? ..... Schutzimpfungen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<b>Allergien</b>  <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja .....
Sehbeschwerden <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Brille <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Hörbeschwerden <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Zahnsperre <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<b>Unverträglichkeit gegen bestimmte Nahrungsmittel</b>  <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja .....
Blutgruppe, falls bekannt  .....	<b>Unverträglichkeit gegen Insektenstiche</b> <input type="checkbox"/> normal  <input type="checkbox"/> .....
<b>Leidet oder litt Ihr Kind in der letzten Zeit an Krankheiten, Störungen oder Beschwerden folgender Art?</b>	
Herz oder Kreislauforgane (z. B.: Atemnot bei Anstrengungen, Blutdruck, Durchblutungsstörungen, etc.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: .....
Atmungsorgane (z.B.: Lungenentzündung, Asthma, etc.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: .....
Verdauungsorgane (z.B.: Magen, Darm, Galle, Leber, Verdauungsstörungen, etc)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: .....
Harn & Geschlechtsorgane (z.B.: Harnblasenentzündung, Erkrankung der Nieren, etc.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: .....
Sonstiges (z.B.: Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Nasenbluten etc.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: .....
Braucht Ihr Kind regelmäßige Medikamente?  <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja: Welche?.....	<b>Behinderungen sonstiger Art (z.B.: kürzlich operiert, krank,                  geimpft, etc.)</b> <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja:.....
Besondere Rücksichtnahme notwendig <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:.....	
Meinem Kind wird beim Busfahren leicht schlecht.  <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja	Sonstiges: (z.B.: Verzehr von Schweinefleischfreiem Essen)
<b>Kinderarzt oder Hausarzt:</b>  _____ Name  _____ Anschrift  _____ Telefon  _____ Krankenkasse bei der das Kind versichert ist.	

Ich versichere, dass mein Kind nicht an Erkrankungen oder gesundheitlichen Schäden leidet, die die Teilnahme an der Maßnahme verbietet.

Ort , Datum

Unterschrift der Eltern / des Erziehungsberechtigten