

Ferienspiele der OT Eilendorf

Anmelde-/Gesundheitsfragebogen

Herbstferienspiele 2019

Dieser Fragebogen wird streng vertraulich behandelt.

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

Thema: Herbstferienspiele

Betreuungszeitraum: 21.10. – 25.10.2019

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

Kostenbeitrag: 25,00 €/40,00 €

Geschwisterkinder: 20,00 €/35,00 €



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 15,00 € 20,00 € 25,00 € 30,00 €
wurde bezahlt. 35,00 € 40,00

Vereinsmitglied Ja Nein

Kassenzeichen

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Impfungen Tetanus <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Wann? Schutzimpfungen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Allergien <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	Unverträglichkeit gegen bestimmte Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Blutgruppe, falls bekannt 	Unverträglichkeit gegen Insektenstiche <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/>
Leidet oder litt Ihr Kind in der letzten Zeit an Krankheiten, Störungen oder Beschwerden folgender Art?	
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?.....	Behinderungen sonstiger Art (z.B.: kürzlich operiert, krank, geimpft, etc.) <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)
Kinderarzt oder Hausarzt: _____ 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