

Fragebogen BT Fußball-Camp 2019

Bis zum 01.07.2019 im Vereinsheim oder der Geschäftsstelle abzugeben

Vor- und Familienname:

Geb.-Datum:

Straße, Hausnummer und Wohnort

Telefonnummern (Festnetz/Mobil):

*) nicht zutreffendes streichen/zutreffendes ankreuzen

Liebe/r Erziehungsberechtigte/r, liebe Mitglieder,

um das Miteinander zu erleichtern, haben wir den folgenden Fragebogen ausgearbeitet und bitten um Vervollständigung und Rückgabe

Krankenkasse *)

Bei welcher Krankenkasse ist das Kind versichert:

über (Vater/Mutter und Geb.-Datum)

KV-Nr.

Impfung *)

Ist der/die TeilnehmerIn gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) geimpft?

ja	nein
----	------

wann

Hat der/die TeilnehmerIn eine Zeckenschutzimpfung (FSME)?

ja	nein
----	------

wann

Allgemeine Angaben *)

Vegetarier?

ja	nein
----	------

Moslem ?

ja	nein
----	------

ja	nein
----	------

Muss während der Maßnahme auf andere Dinge geachtet werden, wie z. B. Behinderungen, Herzfehler, Bettnässen, Allergien, wie z. B. Lebensmittel, Sonne oder Medikamenteneinnahme oder sonstige - auch Verhaltensauffälligkeiten?

Alternativadresse

Sollten Sie einmal nicht unter der o. g. Adresse erreichbar sein, bitten wir um Angabe einer weiteren Kontaktmöglichkeit (z. B. Nachbarn, Onkel, Tante, Großeltern):

Name, Straße, Wohnort, Telefon

Hausarzt

Im Ernstfall sind sachgerechte Informationen oft sehr wichtig, daher bitten wir um die Angabe der Adresse des Hausarztes

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass von meinem/unserem Kind/mir Fotos/Berichte veröffentlicht werden.

Mein/Unser Kind ist von mir/uns angewiesen worden, den Anordnungen der Verantwortlichen der Maßnahme bzw. des Veranstalters Folge zu leisten. Eine Haftung bei selbstständigen Unternehmungen, die nicht von den Verantwortlichen der Maßnahme bzw. dem Veranstalter angesetzt sind, übernimmt der/die Erziehungsberechtigte selbst.

Im Falle von Krankheit oder Störung der Maßnahme erkläre ich mich bereit, mein Kind auf meine Kosten vom Ort der Maßnahme abzuholen.

Ich versichere, dass mein Kind an keiner ansteckenden Krankheit leidet.

Für abhanden gekommene oder verlorene Gegenstände wird keine Haftung übernommen.

Ich habe von diesen Informationen Kenntnis genommen und mein/e Tochter/Sohn entsprechend informiert:

Ort/Datum

Unterschrift(en) der/des Erziehungsberechtigten