

Anmeldeformular

10,- Euro Frühbucher-Rabatt
für alle Freizeiten
bei Anmeldung bis
31. März 2012

Für folgende Aktivität des KJR melde ich mich/mein Kind hiermit verbindlich an:

Teilnehmer/-in
Name, Vorname: _____

Sorgeberechtigte/r: _____

Straße, Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon privat: _____

Telefon geschäftlich: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Erreichbare Angehörige während der Freizeit (Name, Telefonnummer):

Die Teilnahmebedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an.

Datum/Unterschrift Teilnehmer/in

Datum/Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

Bitte auch den Gesundheitsbogen (Rückseite) ausfüllen und an Fax-Nr. 0931-77 88 7 oder KJR WÜRZBURG,
Wittelsbacher Str. 1, 97074 Würzburg, oder info@kjr-wuerzburg.de

Gesundheitsbogen

Kannst Du schwimmen?

ja	nein
ja	nein

Bist Du gegen Tetanus geimpft?

Wenn ja, wann war die letzte Impfung? _____

Wenn nicht, bitte unbedingt vor Freizeitbeginn nachholen!

Kannst Du uneingeschränkt Sport treiben?

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

Wenn nein, worauf ist zu achten?

Musst Du regelmäßig Medikamente nehmen?

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

Wenn ja, welche und wann:

Bitte gebe die Medikamente den Betreuern. Sie werden sie verwahren und ggf. die Einnahme überwachen.

Nimm sonst keine weiteren Medikamente, wie Aspirin etc. mit!

Reagierst Du allergisch auf bestimmte Lebensmittel?

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

Wenn ja, auf welche und wie?

Kannst Du damit umgehen?

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

Hast Du andere Allergien?

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

Wenn ja, welche und wie reagierst Du?

Hast Du eine chronische Erkrankung oder ein körperliches Gebrechen (z.B. Hörschaden, Sehfehler, Herz- und Kreislaufprobleme o.ä.)?

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

Wenn ja, welche und was ist zu beachten?

Kannst Du damit umgehen?

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

Hattest Du in letzter Zeit irgendwelche Verletzungen?

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

Wenn ja, welche und was ist zu beachten?

Sind sie noch behandlungsbedürftig?

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

Wurde bei Dir ADHS diagnostiziert?

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

Wo brauchst Du Unterstützung im lebenspraktischen Bereich (z.B. bei der Körperpflege, Nahrungsaufnahme, etc.)?

Falls ja, Art und Umfang der benötigten Unterstützung:

Möchtest Du vegetarisches/_____ Essen?

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

Datum und Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers