

**Anmeldung / Teilnehmerbogen**  
**Trainingsfreizeit Wyk/Föhr 2017**  
**16.04.-22.04.2017**



**1. Kind:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_  
PLZ/wohnhaft in: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
Verein: \_\_\_\_\_  
evtl. E-Mail: \_\_\_\_\_ T-Shirt Größe: \_\_\_\_\_  
(XS, S, M, L, XL, XXL)

**2. Erziehungsberechtigte/r:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon: a) privat: \_\_\_\_\_

b) dienstl.: \_\_\_\_\_

c) zu erreichen unter der Tel-Nr.: \_\_\_\_\_

Anschlussinhaber: \_\_\_\_\_

**3. Krankenkasse, Krankenversicherung:**

genaue Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Mitglieder: \_\_\_\_\_

**4. Es besteht eine / keine Privathaftpflichtversicherung (zur eventuellen Regulierung von Sachschäden)**

Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

**5. Badeerlaubnis:**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Kind \_\_\_\_\_ am Baden im Hallen-/Freibad bzw. an zugelassenen Badestränden teilnimmt.

Er/Sie ist Nichtschwimmer / Schwimmer

Nähtere Angaben über den Schwimmschein: \_\_\_\_\_

Er/Sie leidet nicht an gesundheitlichen Schäden, die das Baden verbieten  
(z.B. Trommelfellverletzungen, Herz- oder Kreislaufstörungen)

**6. Radfahrerlaubnis:**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Kind \_\_\_\_\_ am Radfahren teilnimmt.

**7. Tetanusimpfung:**

Mein/e Sohn/Tochter hat

noch keine Tetanusspritze erhalten,  
eine Tetanusspritze erhalten, zuletzt am: \_\_\_\_\_  
eine Tetanusspritze vor mehr als 5 Jahren erhalten

**8. Erkrankungen (auch evtl. Allergien o.a. bitte angeben):**

**9. Medikamenteneinnahme:**

Mein/e Sohn/Tochter benötigt keine Dauermedikamente,  
wenn ja, folgende: \_\_\_\_\_

**10. Sollte ich nicht erreichbar sein, so ermächtige ich hiermit die eingesetzten Begleitkräfte, in unaufschiebbare ärztliche Eingriffe dem Krankenhaus gegenüber einzuwilligen.**

**11. Mein Kind möchte vegetarisch essen  nein  ja**  
 hat eine Lebensmittelallergie/Nahrungsmittelunverträglichkeit  
gegen \_\_\_\_\_

**12. Ich nehme zur Kenntnis, dass mein Kind bei vorsätzlichen groben Verstößen gegen die allgemeinen Abmachungen auf meine Kosten unter Aufsicht nach Hause geschickt werden kann.**

**13. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass es keine Rücktrittsmöglichkeit gibt.  
(Wir empfehlen den Abschluss einer privaten Reiserücktrittsversicherung.)**

**Wunsch für Zimmerbelegung:**

Mein/e Sohn/Tochter möchte möglichst in ein Zimmer zusammen mit:

Ich habe das Schreiben in allen Punkten zur Kenntnis genommen und die Einverständniserklärung gemäß meinen Vermerken inhaltlich akzeptiert.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Bitte zurück an SHLV, Geschäftsstelle, Winterbeker Weg 49, 24114 Kiel, Fax:0431/6486192  
**Teilnehmergebühr von 220,- Euro** bitte bis spätestens 15.03.2017 auf das Konto bei der Förde Sparkasse IBAN: DE85 21050170 00 19001221, BIC: NOLADE21KIE des SHLV überweisen.