



Verbindliche Anmeldung zum
Sommerncamp 2024 Kevelaer
(Bitte gut leserlich ausfüllen)

Name, Vorname des Teilnehmers	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> diverse
Straße, Nr. - PLZ, Wohnort		
Telefonnummer		
E-Mail-Adresse		
Welche Schulform besucht der/die Jugendliche (Grund-, Haupt-, Sonder-, Gesamt-, Realschule, Gymnasium)		
Gegebenenfalls Name Organisation/Firma/Wohngruppe o.ä., die anmeldet, für Anschreiben		

Bitte Größe angeben für ein kostenloses Camp T-Shirt

118-128	130-140	142-152	XS	S	M	L	XL	XXL	3XXL
---------	---------	---------	----	---	---	---	----	-----	------

- Ist der/die Jugendliche gesund und frei von ansteckenden Krankheiten? ja nein
- Darf der/die Jugendliche alleine das Lager verlassen? ja nein
- Darf der/die Jugendliche in kleinen Gruppen, ohne Betreuung, das Lager verlassen? ja nein
- Muss der/die Jugendliche ständig Medikamente nehmen? ja nein
- Besteht für den/die Jugendliche/n eine Haftpflichtversicherung? ja nein
- Ist der/die Jugendliche Schwimmer/in? ja nein

Zeitraum:	<input type="checkbox"/> D1: 07.07.-20.07.2024 (14 Tage)	CODE: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> D2: 21.07.-03.08.2024 (14 Tage)	
	<input type="checkbox"/> Wunschzeitraum von _____ bis zum _____ (mind. 7 Tage)	

Diese Anmeldung wird erst mit dem Eingang der Anzahlung gültig.
Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die allgemeinen Vertragsbedingungen und Datenschutzerklärung für unser Sommerncamp 2024 gelesen, verstanden haben und damit einverstanden sind.
Die Vertragsbedingungen finden Sie auf unserer Webseite, www.ferientuerkinder.de, unter FORMULARE.
(Auf Wunsch können wir Ihnen diese auch zusenden.)

_____/_____
Ort / Datum

Unterschrift einer Erziehungsberechtigten Person

Bitte die Rückseite auch beachten

Bankverbindung: Volksbank an der Niers BLZ 32061384 Konto 103967023
IBAN: DE 53 3206 1384 0103 9670 23 BIC: GENODED1GDL
Anschrift: Deutsche Pfadfinderschaft e. V. - Sommerncamp - Jägerstr. 73 - 47623 Kevelaer



Sonderinformati**o**n**s**blatt

Deutsche Pfadfinderschaft e. V.

Name der teilnehmenden Person

Besondere Ernährung (z.B. Vegan / Vegetarisch)

Unverträglichkeiten bei Lebensmitteln (z.B. Laktoseintolerant / Glutenunverträglichkeit)

Zuständige(r) Arzt (Hausarzt) / Ärztin (Hausärztin)

Wo ist der/die Jugendliche krankenversichert (Krankenkasse)

Über wen ist der/die Jugendliche krankenversichert (Vater/Mutter) Name/Vorname/Geburtsdatum

Alle Angaben sind freiwillig, können uns aber bei der Versorgung und bei Notfällen helfen.

Besondere Informationen / Kurzform der Krankengeschichte / Diagnosen

MEDIKATION / MEDIKAMENTENLISTE

Name des Medikaments	Morgens	Mittags	Abends	Nacht
Muster Tablette	1	0	2	0
Muster Tropfen	10	0	10	0

Ort / Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten Person