**Anmeldung für die Sommerfreizeit Arta Terme 2021**

Sommerfreizeit des Kolping Bezirksverband Bad Tölz - Wolfratshausen – Miesbach

und des Trägervereins für eine Europäische Begegnungsstätte Arta Terme e. V.

Gefördert durch den Kreisjugendring Miesbach

**vom 09. August bis 20. August 2021**

Bitte diesen **dreiseitigen Bogen** vollständig ausgefüllt und unterschrieben bis
**spätestens 01.07.2021** entweder per Post an **Klaus Brauers, Scharfreiter Straße 20b,
83661 Lenggries** senden oder einscannen und an **klaus.brauers@t-online.de** mailen.

**Von Teilnehmer / in auszufüllen:**Ich melde mich verbindlich für die Sommerfreizeit an. Ich verpflichte mich, den Anordnungen der Freizeitleitung Folge zu leisten.

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

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ& Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geschlecht: m w

Schule/ Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mitglied einer Kolpingsfamilie? (selbst oder Eltern) nein ja, in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ernährung vor Ort: vegetarisch vegan Fleisch
 sonstige Allergien und Unverträglichkeiten, nämlich:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zustiegsort: Bahnhof Holzkirchen Kinderdorf Irschenberg

**Die Freizeitleitung geht davon aus, dass die Freizeit grundsätzlich durchgeführt werden kann, behält es sich aber vor, situationsbedingt abzusagen.**

Ich habe die Teilnahmebedingungen gelesen und akzeptiere diese: ja

Ich habe die Hinweise zum Datenschutz gelesen und akzeptiere diese: ja

Ich bin einverstanden, dass während der Freizeit von mir entstandene Fotos/ Videos zu Zwecken der Öffentlichkeitsarbeit der Arta Terme Sommerfreizeit auf sozialen Netzwerken und/ oder der Internetseite des Kolpingverbandes veröffentlicht werden: nein ja

Platz für Wünsche und Anregungen für die diesjährige Freizeit:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Teilnehmer / in

**Vom Erziehungsberechtigen auszufüllen:

1. Einverständnis**:

Wir erklären uns hiermit einverstanden, dass unser(e) Sohn/Tochter an der zweiwöchigen Sommerfreizeit in Arta/Italien des Kolping Bezirksverbandes Bad Tölz - Wolfratshausen - Miesbach teilnimmt.

Uns ist bekannt, dass sich die Aufsichtspflicht nicht auf Handlungen, die den Weisungen der Leitung entgegenstehen oder zu denen nicht das Einverständnis eingeholt wurde, erstreckt.

Mein Sohn/ meine Tochter kann schwimmen: nein ja

Ich gebe Schwimmerlaubnis: nein ja

Ich habe die Teilnahmebedingungen gelesen und akzeptiere diese: ja

Ich habe die Hinweise zum Datenschutz gelesen und akzeptiere diese: ja

Ich bin einverstanden, dass während der Freizeit entstandene Fotos/ Videos meines Sohnes/ meiner Tochter zu Zwecken der Öffentlichkeitsarbeit der Arta Terme Sommerfreizeit auf sozialen Netzwerken und/ oder der Internetseite des Kolpingverbandes veröffentlicht werden: nein ja

Wir verpflichten uns, den Betrag von 280€ (bzw. ermäßigt 255€ für Kolpingmitglieder) bis **spätestens zwei Wochen** **nach Anmeldung** zu überweisen.

**Bankverbindung**:
Kolping Bezirksverband Bad Tölz-Wolfratshausen-Miesbach
Raiffeisenbank Irschenberg
IBAN: DE77 7016 9598 0100 4190 01
BIC: GENODEF1MIB
Verwendungszweck: „Arta Terme [*Vor-, Nachname Teilnehmer / in*]“

Nach Eingang der Teilnahmegebühr und der vollständigen Anmeldeunterlagen erhalten Sie eine finale Bestätigungsmail. Erst dann gilt Ihre Anmeldung als abgeschlossen.

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

**2. Kontakt und Gesundheitspass:**

Bitte füllen Sie den Gesundheitspass sorgfältig aus, er kann unter Umständen Leben retten! Die Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Daten des Erziehungsberechtigten:

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

Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email (wg. Bestätigung): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Falls nicht mit den genannten Daten übereinstimmend (aufgrund von Urlaub o.ä.), geben Sie bitte an, wo Sie sich während der Freizeit befinden werden bzw. wo wir Sie erreichen können:

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankheiten:

Muss Ihr Sohn/ Ihre Tochter während der Freizeit Medikamente einnehmen?
 nein ja, nämlich (bitte so sorgfältig wie möglich ausfüllen): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Welche Kinderkrankheiten hat Ihr Sohn/ Ihre Tochter bereits gehabt?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mit welchen Kinderkrankheiten müssen wir unter Umständen rechnen?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wann wurde die letzte Tetanusimpfung durchgeführt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bestimmte Krankheiten können den Jugendlichen und uns in der Freizeit Schwierigkeiten bereiten.
Hat Ihr Sohn/ Ihre Tochter eine Krankheit oder eine Verhaltensauffälligkeit, auf die wir achten sollten?
**Wir bitten Sie, diesen Punkt besonders gewissenhaft auszufüllen!**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Für den Notfall:
Welcher Krankenkasse gehören Sie an und wer ist dort als Versicherter angemeldet?

Krankenkasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Falls wir Sie im äußersten Notfall nicht erreichen können: Geben Sie Behandlungs-/ Operationserlaubnis?
 nein ja

Hausarzt:

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

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ+ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail/ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

WICHTIG:
Bitte geben Sie Ihrem Kind unbedingt die eigene **Versichertenkarte** und den **Impfpass** (Kopie genügt) mit!

Ich versichere, dass alle oben genannten Angaben richtig sind:

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r