

Teilnahmeerklärung Schülerfreizeit TSV Lengfeld

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Zimmerwunsch mit:
(beidseitig) _____

Haftpflichtversicherung: _____

Krankenversicherung: _____

Ärztliche Behandlungen dürfen durchgeführt werden Ja / Nein*

Privatversichert Ja / Nein*

Übernahme und Zahlung entstehender Kosten Ja / Nein*

Name und Ort der Praxis des Hausarztes:

Gesundheitliche Probleme/Allergien:

Notwendige Arzneimittel:

Besonderheiten Verpflegung:

Unser Kind darf/kann

- sich in einer Gruppe ohne Aufsicht der Betreuer*innen bewegen Ja / Nein*

- schwimmen Ja / Nein*

* Nicht zutreffendes bitte streichen !!!

Uns ist bekannt, dass Alkohol- und Rauchverbot gilt sowie das eigenmächtige Entfernen von der Gruppe untersagt ist.

Wir holen unser Kind auf eigene Kosten ab, wenn das Verhalten der Gruppe schadet.

Durch unsere Unterschrift erklären wir uns einverstanden, dass die Begleitpersonen Aufsichtspflichten wahrnehmen und Entscheidungen treffen, um Schäden abzuwenden.

Die Kosten für An- und Abreise sowie die Unterkunft können im Falle einer kurzfristigen Absage nicht erstattet werden.

Es werden Bilder der Freizeit für die Öffentlichkeitsarbeit des Vereins verwendet werden.

Ort, Datum

gez.
(digitale) Unterschrift