

Mein Kind kann schwimmen

Ja

Nein

- Das Kind kann an allen Aktionen des Zeltlagers (Baden, Sport, Wanderungen, Ausflüge, ...) teilnehmen

Einschränkungen: Keine Teilnahme möglich bei:

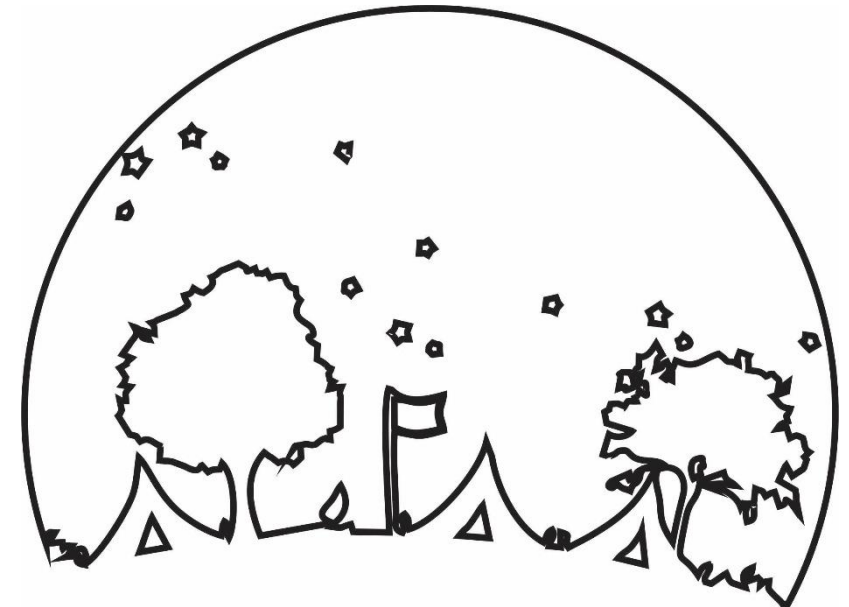
- Auf kürzeren Fahrten (zum Schwimmbad, ...) darf das Kind in einem PKW der Betreuer/innen mitfahren

Kindersitz wird benötigt: Ja Nein

- Ich erlaube, dass mein Kind auf Fotos/Videos zu sehen ist.
(Bilder werden an Teilnehmer/innen auf einer CD nach dem Zeltlager ausgegeben, ggf. Bilder auf Homepage/Flyer/...)

- Ich ermächtige die Betreuer/in, erste Hilfe bei meinem Kind leisten zu dürfen und ggf. nötige ärztliche/medizinische Versorgung durchzuführen

Falls das Kind wiederholt gegen die Gruppenordnung verstößt und/oder den Anweisungen des Betreuerenteams nicht Folge leistet, kann es von der Maßnahme ausgeschlossen werden und muss die Heimreise auf eigene Kosten antreten.



HANDBALLZELTLAGER 2021



Datum, Unterschrift

HANDBALLZELTLAGER 2021

Hey Jungs und Mädels,

seid ihr zwischen 7 und 15 Jahre alt, habt Lust auf Spiel, Sport und Spaß und habt in der ersten Ferienwoche der Sommerferien (01.08.2021 bis 08.08.2021) noch nichts vor? Dann seid ihr bei uns genau richtig, denn dieses Jahr findet für euch endlich wieder ein Zeltlager der Handballabteilung des TV Büchenau statt!!

Leider ist die Teilnehmerzahl auf 30 Personen begrenzt, deshalb füllt schnell die Anmeldung aus und gebt sie bis spätestens 12.07.2021 persönlich bei Jens Hardock oder per E-Mail ab.

Den Unkostenbeitrag von 90€ (bei Geschwisterkindern 160€) können eure Eltern bis zum 19.07.2021 überweisen.

Kontodaten:

Kontonummer.: 3211312

BLZ: 66061724

IBAN: DE 54 6606 1724 0003 2113 12

Volksbank Stutensee-Weingarten eG

Stichwort: Handballzeltlager 2021 + Name des Kindes

Lagerleitung:

Jens Hardock

Thomas-Mann-Str. 2

0170 4072579

zeltlager.tvbuechenau@gmail.com

Calle Arvidsson

Au in den Buchen 86a

+46 793325996

ANMELDUNGEN UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Erziehungsberechtigte/r			
Email Adresse			
Name			
Geburtstag			
Straße			
PLZ und Ort			
Kontakt Daten (für Notfälle)	Telefon		
	Arbeitsplatz		
Behandelnde/r Ärztin/Arzt		Tel:	
Krankenversicherung		in	
Versicherte/r			
<input type="checkbox"/> Das Kind ist frei von ansteckenden Krankheiten			
Das Kind hat folgende gesundheitliche Beschwerden			
Das Kind hat folgende Allergien			
Das Kind muss folgende Medikamente einnehmen			