

Bitte vollständig ausgefüllt an uns zurückschicken!!!

ANMELDUNG – Ostern 2018

Anmeldefrist 19.01.2018

Hiermit melde ich meine Tochter/meinen Sohn verbindlich

- in der Woche 26.03. – 29.03.2018 an. (ab 14 Jahren)
- Wo? _____
- in der Woche 03.04. – 06.04.2018 an. (7 – 13 Jahren)
- Wo? _____
- Integrative Ferienspiele Egelsbach 03.04. - 07.04.2018 (7-13 Jahren)
- Mit Fahrdienst (14,00€ je Tag)
- Ohne Fahrdienst

Name:.....

Straße/ PLZ, Ort:.....

Telefon tagsüber:.....

In dringenden Fällen gilt auch folgende Telefonnummer:.....

Geburtsdatum:

Diagnose und Behinderungsmerkmale:

.....
.....

Haftpflichtversicherung:

Wir/ unser Kind sind/ ist privat haftpflichtversichert bei:

Name der Versicherungsgesellschaft:.....

Nr. der Privat Haftpflichtversicherung:.....

Unsere Privat Haftpflichtversicherung schließt den Personenkreis der

Menschen mit einer geistigen Behinderung ein: ja nein

Abrechnung:

Über Pflegekasse Verhinderungspflege zusätzliche Betreuungsleistungen

Über Eingliederungshilfe: FuD

Privat:

Sofern die angegebenen Kostenträger die Kosten nicht oder nicht vollständig übernehmen, verpflichten sich die Unterzeichner, hierfür privat aufzukommen.

.....
Name, Datum, Unterschrift aller Erziehungsberechtigten

Bitte vollständig ausgefüllt an uns zurückschicken!!!

ANMELDUNG – Sommer 2018

Anmeldefrist 20.04.2018

Hiermit melde ich meine Tochter/meinen Sohn verbindlich

- in der Woche 02.07. – 06.07.2018 an. (ab 14 Jahren)
- Wo? _____
- in der Woche 09.07. – 13.07.2018 an. (ab 14 Jahren)
- Wo? _____
- in der Woche 16.07. – 20.07.2018 an. (7 – 13 Jahren)
- Wo? _____
- in der Woche 23.07. – 27.07.2018 an. (7 – 13 Jahren)
- Wo? _____
- Mit Fahrdienst (14,00€ je Tag)
- Ohne Fahrdienst

Name:.....

Straße/ PLZ, Ort:.....

Telefon tagsüber:.....

In dringenden Fällen gilt auch folgende Telefonnummer:.....

Geburtsdatum:

Diagnose und Behinderungsmerkmale:

.....
.....

Haftpflichtversicherung:

Wir/ unser Kind sind/ ist privat haftpflichtversichert bei:

Name der Versicherungsgesellschaft:.....

Nr. der Privat Haftpflichtversicherung:.....

Unsere Privat Haftpflichtversicherung schließt den Personenkreis der

Menschen mit einer geistigen Behinderung ein: ja nein

Abrechnung:

Über Pflegekasse Verhinderungspflege zusätzliche Betreuungsleistungen

Über Eingliederungshilfe: FuD

Privat:

Sofern die angegebenen Kostenträger die Kosten nicht oder nicht vollständig übernehmen, verpflichten sich die Unterzeichner, hierfür privat aufzukommen.

.....
Name, Datum, Unterschrift aller Erziehungsberechtigten

Bitte vollständig ausgefüllt an uns zurückschicken!!!

ANMELDUNG – Herbst 2018

Anmeldefrist 28.07.2018

Hiermit melde ich meine Tochter/meinen Sohn verbindlich

- in der Woche 08.10. – 12.10.2018 an. (ab 14 Jahren)
- Wo? _____
- in der Woche 01.10. – 05.10.2018 an. (7 – 13 Jahren)
- Wo? _____
- Mit Fahrdienst (14,00€ je Tag)
- Ohne Fahrdienst

Name:.....

Straße/ PLZ, Ort:.....

Telefon tagsüber:.....

In dringenden Fällen gilt auch folgende Telefonnummer:.....

Geburtsdatum:

Diagnose und Behinderungsmerkmale:

.....
.....

Haftpflichtversicherung:

Wir/ unser Kind sind/ ist privat haftpflichtversichert bei:

Name der Versicherungsgesellschaft:.....

Nr. der Privat Haftpflichtversicherung:.....

Unsere Privat Haftpflichtversicherung schließt den Personenkreis der

Menschen mit einer geistigen Behinderung ein: ja nein

Abrechnung:

Über Pflegekasse Verhinderungspflege zusätzliche Betreuungsleistungen

Über Eingliederungshilfe: FuD

Privat:

Sofern die angegebenen Kostenträger die Kosten nicht oder nicht vollständig übernehmen, verpflichten sich die Unterzeichner, hierfür privat aufzukommen.

.....
Name, Datum, Unterschrift aller Erziehungsberechtigten

Bitte vollständig ausgefüllt an uns zurückschicken!!!

ANMELDUNG – Winter 2018/2019

Anmeldefrist 19.10.2018

Hiermit melde ich meine Tochter/meinen Sohn verbindlich

- in der Woche 07.01. – 11.01.2019 an. (ab 14 Jahren)
- Wo? _____
- in der Woche 02.01. – 04.01.2019 an. (7 – 13 Jahren)
- Wo? _____
- Mit Fahrdienst (14,00€ je Tag)
- Ohne Fahrdienst
-

Name:.....

Straße/ PLZ, Ort:.....

Telefon tagsüber:.....

In dringenden Fällen gilt auch folgende Telefonnummer:.....

Geburtsdatum:

Diagnose und Behinderungsmerkmale:

.....
.....

Haftpflichtversicherung:

Wir/ unser Kind sind/ ist privat haftpflichtversichert bei:

Name der Versicherungsgesellschaft:.....

Nr. der Privat Haftpflichtversicherung:.....

Unsere Privat Haftpflichtversicherung schließt den Personenkreis der

Menschen mit einer geistigen Behinderung ein: ja nein

Abrechnung:

Über Pflegekasse Verhinderungspflege zusätzliche Betreuungsleistungen

Über Eingliederungshilfe: FuD

Privat:

Sofern die angegebenen Kostenträger die Kosten nicht oder nicht vollständig übernehmen, verpflichten sich die Unterzeichner, hierfür privat aufzukommen.

.....
Name, Datum, Unterschrift aller Erziehungsberechtigten

Bitte vollständig ausgefüllt an uns zurückschicken!!!

Behinderung

Rollstuhl: ja nein Andere Hilfsmittel:.....

Kann umgesetzt werden: ja nein Rollstuhl klappbar: ja nein

Selbständiges Essen: ja nein Windeln: ja nein

Anfallsleiden: ja nein

Wie äußern sich die Anfälle?.....

.....

Was ist für die BetreuerInnen bei einem Anfall zu tun?.....

.....

Welche Notfallmedikamente müssen gegeben werden und in welcher Dosierung?

.....

Müssen ansonsten während der Betreuung Medikamente eingenommen werden? ja nein

Wenn ja, wann, in welcher Dosierung und wo befinden sich die Medikamente?

.....

Gibt es Allergien, die beachtet werden müssen, z.B. auf bestimmte Lebensmittel, Tiere etc. ?

ja nein

Wenn ja, welche:.....

Darf Sonnenmilch/Sonnencreme verwendet werden? ja nein

Auffälligkeiten (z.B. nicht verkehrssicher, bleibt nicht bei der Gruppe, etc.):

.....

.....

Welche Besonderheiten sind außerdem zu beachten?

.....

Mein Kind darf von folgenden Personen von der Veranstaltung abgeholt werden:

a)

b)

c)

Sonstiges:.....

.....

.....