

**Landesverband KiEZ Sachsen - Anhalt e.V.**  
**Adelheidstraße 1**  
**06484 Quedlinburg**

**Anmeldeformular für eine verbindliche Anmeldung**

**Projekttitle**

**Projektort**

**Projektzeitraum**

---

**Persönliche Daten des/der TeilnehmerIn**

**Name**

**Vorname**

**Geburtsdatum**

männlich  weiblich  divers

---

**Wohnanschrift des/der TeilnehmerIn**

**Straße**

**Ortsteil**

**PLZ**

**Ort**

---

**Erziehungsberechtigte (bei Minderjährigen)**

**Name**

**Name**

**Vorname**

**Vorname**

**Straße**

**Straße**

**PLZ**

**PLZ**

**Ort**

**Ort**

**Kontaktinformationen des/der TeilnehmerIn (bei Minderjährigen die Kontaktinformationen der Erziehungsberechtigten)**

**Telefon**

**Mobiltelefon**

**Skypename**

**E - Mail**

**Facebook**

**Telefon dienstl.**

### Kontakt bei Abwesenheit der Erziehungsberechtigten

Name

Telefon

Beziehungsstatus

Vorname

Mobiltelefon

### Krankenversicherung

Krankenkasse

Versicherte/r

letzte Tetanusimpfung (Jahr)

Vers.Nr.:

Geburtsdatum

### Zu Konsultationen bei Krankheit oder Unfall kann folgender Hausarzt herangezogen werden

Name

Telefon

### Zustimmung zu folgenden Aktivitäten

Aktivität	Mit Aufsicht der Betreuer	ohne Aufsicht der Betreuer in Kleingruppen
Einkaufsbummel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laut Programm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Besonderheiten, die während des Aufenthaltes beachtet werden müssen:

Ernährung

Bettnässer  ja  nein

Mein Kind hat folgende Schwimmstufe  
(bitte Nachweis über Schwimmstufe in Kopie beilegen)

ADS / ADHS  ja  nein

Einnahme Psychopharmaka  ja  nein

Gesundheitliche  
Einschränkung

Medikamente  
und  
Einnahme

Ich bin einverstanden, dass ich/mein Kind im Krankheitsfall in ärztliche Behandlung komme/kommt.  
Ich bin damit einverstanden, dass ich/mein Kind im Notfall mit einem Privat - PKW oder dem PKW des entsprechenden Partners am Veranstaltungsort zu einem Arzt oder Krankenhaus gefahren werden darf.  
Ich bin einverstanden, dass ich/mein Kind im Krankheitsfall geröntgt werden darf  
Hiermit gebe ich mein Einverständnis das ich/mein Kind im Fall der Notwendigkeit einer Operation unterzogen werden darf.

Ich stimme zu, dass Fotos, Filmsequenzen, die über mich/mein Kind entstehen und nicht die Privatsphäre beeinträchtigen, für die Öffentlichkeitsarbeit und Dokumentation genutzt werden dürfen.  
Ich/mein Kind habe/hat den Weisungen des Aufsichtsführenden nachzukommen.  
Ich/wir sind uns bewusst, dass ein schuldhaftes Verhalten am Eigentum des Landesverband KiEZ Sachsen - Anhalt e.V. und deren Partner eine Haftung des Landesverband KiEZ Sachsen - Anhalt e.V. ausschließen kann.  
Wiederholtes, grobes schuldhaftes Verhalten kann den Ausschluss aus dem Projekt auf meine Kosten nach sich ziehen.  
Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Haftung des Landesverband KiEZ Sachsen - Anhalt e.V. für selbstverschuldete Unfälle, bei Fällen höherer Gewalt und für verlorene Gegenstände nicht übernommen werden kann.

#### **Stornierungsbedingungen**

##### **Inland**

bis 10 Wochen vor Beginn	10% des Teilnahmebetrages
zwischen 10 - 8 Wochen vor Beginn	40 % des Teilnahmebetrages
zwischen 8 - 4 Wochen vor Beginn	80 % des Teilnahmebetrages
weniger als 4 Wochen vor Beginn	100 % des Teilnahmebetrages

Wenn das Projekt nicht stattfindet, habe ich keinen Anspruch auf Ersatz. Ich bekomme die bereits gezahlten Beträge zurückerstattet.

##### **Ausland**

bis 15 Wochen vor Beginn	20% des Teilnahmebetrages
zwischen 15 - 10 Wochen vor Beginn	50% des Teilnahmebetrages
weniger als 10 Wochen vor Beginn	100% des Teilnahmebetrages

**Wenn das Projekt nicht stattfindet, habe ich keinen Anspruch auf Ersatz. Ich bekomme die bereits gezahlten Beträge zurückerstattet.**

#### **Sonstige Anmerkungen und Informationen / Besonderheiten**

Ort, Datum

Unterschrift TeilnehmerIn

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r (bei Minderjährigen)

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r (bei Minderjährigen)

**Dieser Anmeldeschein muss unterschieden auf dem Postweg gesendet werden.**