

## **Anmeldung Auszeit-Berlinfreizeit 15.10. - 19.10.2024**

**Jugendbüro Riedstadt      Rathausplatz 1      64560 Riedstadt**  
**Tel.: 06158/181416      Fax: 06158/181400 h.wambold@riedstadt.de**

---

**Angaben zum Teilnehmer/zur Teilnehmerin:**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_

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

---

**Angaben zu der/dem/den Erziehungsberechtigten:**

**1. Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_

**2. Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_

---

**Der/die Teilnehmer/in ist als Familienangehörige/r hauptversichert mit:**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_

**Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_ **Versicherungsnummer:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse (mit Geschäftsstelle):** \_\_\_\_\_

**Hausarzt (mit Anschrift):** \_\_\_\_\_

---

**Bei mir/meinem/unserem Kind ist folgendes zu beachten (Medikamente,**

**Krankheiten, Beeinträchtigungen usw.):** \_\_\_\_\_

**Ich bin/mein/unser Kind ist Schwimmer/ Nichtschwimmer und darf unter Aufsicht  
am gemeinsamen Baden teilnehmen. (Nichtzutreffendes bitte streichen).**

---

**Kontaktperson, falls der/die Erziehungsberechtigte/n nicht erreichbar ist/sind, ist:**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_

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

**Mit meiner Unterschrift erkenne ich die  
allgemeinen Teilnahmebedingungen an.**

**Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige/n  
ich/wir die Richtigkeit der vorstehenden  
Angaben und erkläre/n mich/uns mit den  
umseitigen Bedingungen einverstanden.**

---

**Unterschrift des Teilnehmers/der Teil-  
nehmerin (ab 12 Jahren)**

**Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten**