

Anmeldung Auszeit-Berlinfreizeit 14.10. - 18.10.2025

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 Teilnehmerin (ab 12 Jahren)

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten