

ANMELDEFORMULAR HERBSTFERIENPROGRAMM 2026



Bitte beachten Sie, dass unsere Anmeldeplätze begrenzt sind.

Hiermit melde ich mein/e Kind/er (Name, Vorname): _____

geboren am: _____ Alter: _____

Ggf. weitere Geschwister-Kinder (Name & Geb.datum):

2. Kind: _____ geboren am: _____ Alter: _____

3. Kind: _____ geboren am: _____ Alter: _____

Vermerk (falls erforderlich bitte hier ausfüllen):

für folgende Veranstaltung(en)/Aktionen im Rahmen des Herbstferienprogramms der Stadt Polch an:
(Bitte die gewünschten Aktionen ankreuzen!!)

2. Ferienwoche: (12.10.- 16.10.2026)

- | | | |
|--|--|--------------|
| ☐ Montag 12.10.26 | Halloween-Basteln (10-13 Uhr) | 4,50 € p.P. |
| ☐ Dienstag 13.10.26 | Traumfänger-Workshop mit Christina (10-14 Uhr) | 10,00 € p.P. |
| ☐ Donnerstag 15.10.26 | Phantasialand (8-19 Uhr) | 40,00 € p.P. |
| ☐ Freitag 16.10.26 | Bowling Room Koblenz (Fahrt mit dem ÖPNV: 13.20-20.25 Uhr) | 20,00 € p.P. |

Teilnehmerbetrag insgesamt: _____,- Euro

Name(n) des/der Personensorgeberechtigten: _____

Vollständige Adresse: _____

Telefonnummer/Handy: _____/_____

E-Mail: _____

Besonderheiten des Kindes (z.B. Allergien/Nahrungsunverträglichkeiten, Medikamente, chronische Krankheiten etc.): **Falls vorhanden, bitte unbedingt angeben! Diese Informationen sind für das päd. Personal bedeutsam für die Betreuung Ihres Kindes. Diese Angaben sollten gewissenhaft, aktuell und wahrheitsgemäß angegeben werden:**

Anmerkung: Bitte achten Sie darauf, dass Ihr Kind die eigene Sonnencreme oder andere benötigte Hautpflegeprodukte besitzt und mitbringt.

Einverständniserklärung (Bitte Zutreffendes ankreuzen!!)

- ☐ Mein/e Kind/er darf/dürfen **allein**, ohne Begleitperson zur o.g. Aktion kommen und am Ende der Tagesaktion (o.g. Uhrzeit) **allein** nach Hause gehen.
- ☐ Mein/e Kind/er wird/werden am Ende der Tagesaktion (o.g. Uhrzeit) abgeholt.
- ☐ Mein/e Kind/er darf/dürfen sich frei auf dem jeweiligen Gelände in einer Kleingruppe bewegen ODER ☐ muss/müssen bei den Betreuern bleiben.

- Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass das betreuende, pädagogische Personal bei unserem/n Kind/ern Zecken mit einem geeigneten Zeckenentfernungsinstrument („Zeckenkarte“, „Präzisionsdrahtschlinge“ oder Pinzette) nach Entdecken eines offensichtlich sichtbaren Zeckenbefall unverzüglich entfernt.
() ja () nein
- Ich bin damit einverstanden, dass Fotos oder Filme der Aktion/Ferienfreizeit für Pressearbeit und Öffentlichkeitsarbeit veröffentlicht werden, auch wenn mein/e Kind/er darauf zu erkennen ist/sind.

() ja

() nein

Abfrage zur Verpflegung: Mein/e Kind/er ... (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- ☐ Name(n): _____ bevorzugt vegetarische Kost.
☐ Name(n): _____ bevorzugt vegane Kost.
☐ Name(n): _____ bevorzugt muslimische Kost.
☐ Name(n): _____ hat eine Nahrungsunverträglichkeit gegenüber
folgenden Lebensmittel(n): _____

Des Weiteren bestätige/n ich/wir mit unserer Unterschrift, den Belehrungsbogen über das Infektionsschutzgesetz gelesen zu haben und zu wissen, dass die Teilnahme an Aktionen der Stadtjugendpflege Polch ausgeschlossen ist, wenn der Teilnehmer:in zum Zeitpunkt der Durchführung an einer Krankheit nach §34 des Infektionsschutzgesetzes (IfSchG) leidet. Der Belehrungsbogen ist auf der Website www.jugend-polch.de in der Kategorie „Freizeitprogramm“ abrufbar.

Die Stadtjugendpflege ist über bestehende, ansteckende Krankheiten des Kindes oder bei einem Verdacht infektiöser Krankheiten, die eine Teilnahme nach §34 Infektionsschutzgesetz (IfSchG) untersagen (hierzu zählen u.a. Windpocken, Läuse, Mumps, Röteln, etc.) umgehend zu informieren, ggf. muss von der Teilnahme des Kindes am Ferienprogramm abgesehen werden. Sollte/n Ihr/e Kind/er vor Antritt der Aktion erkranken, informieren Sie die Stadtjugendpflege hierüber umgehend telefonisch und widerrufen Sie unverzüglich die Teilnahme des Kindes an der Aktion.

Ihre personenbezogenen Daten, insbes. Name, Anschrift, Telefonnummer und die Gesundheitsdaten Ihres Kindes sind allein zum Zwecke des Informationsaustausches zwischen Ihnen und dem päd. Personal für die oben genannte/n Veranstaltung/en notwendig und erforderlich. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie Ihre datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung ab.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personenberechtigten (bei Teilnehmern unter 18 Jahren)