

ANMELDEFORMULAR OSTERFERIENPROGRAMM 2026



Bitte beachten Sie, dass unsere Anmeldeplätze teilnehmendenbegrenzt 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): _____

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

☐ Name(n): _____ hat eine Nahrungsunverträglichkeit gegenüber folgenden Lebensmitteln(n): _____

für folgende Aktionen des Osterferienprogramms der Stadt Polch 2026, an:

- | | | |
|---|-------------------------------------|--------------|
| ☐ Montag 30.03.26 (10-13 Uhr Gruppe 1 oder 14.30-17.30 Uhr Gruppe 2) | Bunte Osterwerkstatt | 4,50 € p.P. |
| ☐ Dienstag 31.03.26 (10-14 Uhr) | Frühlingsbilder auf Leinwand | 5,00 € p.P. |
| ☐ Mittwoch 01.04.26 (10 -16.45 Uhr) | Mayener Grubenfeld & Kinobesuch | 15,00 € p.P. |
| ☐ Donnerstag 02.04.26 (7.30 – 15.30 Uhr) | ZDF Mainz- Backstage-Führung | 15,00 € p.P. |
| ☐ Dienstag 07.04.26 (14-18 Uhr) | Modellflieger-Abenteuer | kostenfrei |
| ☐ Donnerstag 09.04.26 (10 – 17 Uhr) | Tierische Erlebnisse: Tierpark Bell | 12,00 € p.P. |

Teilnehmerbetrag insgesamt: _____,- Euro

Name(n) des/der Personensorgeberechtigten: _____

Vollständige Adresse: _____

Telefonnummer/Handy: _____ / _____

E-Mail: _____

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/der Verdacht auf/ eine Covid-19-Erkrankung bei ihrem Kind vorliegen, informieren Sie die Stadtjugendpflege hierüber umgehend und widerrufen Sie unverzüglich die Teilnahme des Kindes an der Aktion.

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

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 Erziehungsberechtigten/Personensorgeberechtigten