

ANMELDEFORMULAR HERBSTFERIENPROGRAMM 2024



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): _____

für folgende Aktionen des Herbstferienprogramms der Stadt Polch, an:

- | | | |
|---|------------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Montag 14.10.24 (10-13.30 Uhr) | Drachenbauworkshop | 12,00 € p.P. |
| <input type="checkbox"/> Dienstag 15.10.24 (9.30-18 Uhr) | Tier-Erlebnistag im Kölner Zoo | 10,00 € p.P. |
| <input type="checkbox"/> Donnerstag 17.10.24 (10-14 Uhr) | Lesezeichen: Diamond Painting | 3,00 € p.P. |
| <input type="checkbox"/> Montag 21.10.24 (10-13 Uhr) | Halloween-Kreativwerkstatt | 4,50 € p.P. |
| <input type="checkbox"/> Donnerstag 24.10.24 (<input type="checkbox"/> 10-13 Uhr) oder <input type="checkbox"/> 14-17 Uhr) | Kürbisschnitzen | 3,00 € p.P. |
| <input type="checkbox"/> Freitag 25.10.24 (10-14 Uhr) | Traumfänger-Workshop mit Christina | 10,00 € p.P. |

Teilnehmerbetrag insgesamt: _____,- Euro

Oder: Ich bin antragsberechtigt und mache von dem Bildungspaket (BuT) Gebrauch (bitte ankreuzen) ja

Den Antrag finden Sie auf der Homepage www.jugend-polch.de unter „Freizeitprogramm“ oder im Jugendtreff.

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 diese unbedingt angeben! Diese Informationen sind für das päd. Personal bedeutsam für die Betreuung Ihres Kindes. Die Angaben sollten gewissenhaft, aktuell und wahrheitsgemäß angegeben werden:

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 während der Freizeit frei auf dem 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

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 Personensorgeberechtigten (bei Teilnehmern unter 18 Jahren)