

## Anmeldebogen Sommeraktionstage Sportjugend Werra-Meißner



Vorname:*	Name:*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer:*	Postleitzahl, Ort:*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon (privat):*	Handy:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon dienstlich (Eltern):	E-Mail Adresse:*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum:*	m/w:*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sind Sie Vereinsmitglied?*	Name des Vereins:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Preis für Kletterwald 5€

Bitte überweisen Sie, im Falle der Teilnahme am Kletterwaldtag an die Sportjugend Werra-Meißner.

Sparkasse Werra-Meißner

IBAN: DE35 5225 0030 0000 0812 99

BIC: HELADEF1ESW

Verwendungsweg: Name, Vorname Kletterwald

Bitte tragen Sie hier ein, wenn ihr Sohn/ihre Tochter Unverträglichkeiten bzgl. des Essens aufweist oder weitere Besonderheiten vorliegen, auf die die Betreuer/innen achten müssen.

---

Diese Freizeit ist für Menschen mit Beeinträchtigung nur bedingt geeignet. Ich habe keine Einschränkungen und komme ansonsten auf die Sportjugend Werra-Meißner zu.\*

Bei den mit \* gekennzeichneten Feldern handelt es sich um Pflichtfelder.

Hiermit melde/n ich/wir mein/unser Kind verbindlich zum Aktionstag  
\_\_\_\_\_ an.

---

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r für die Einverständniserklärung

Sie erhalten nach der Anmeldung eine Bestätigung mit einem Informationsschreiben für den Ablauf der Fahrt. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich gerne an [service@sk-wm.de](mailto:service@sk-wm.de)

**28.07.2020 Jugendroadshow**  
**30.07.2020 Radtour**  
**04.08.2020 Geocaching**  
**06.08.2020 Kletterwald**

## Einverständniserklärung

Mir/uns ist bekannt, dass die Kinder während der Freizeit "freie" Zeit haben, in der sie sich selbstständig und ohne Beaufsichtigung auf dem Gelände und in Kleingruppen in direkter Nähe der Gruppe bewegen und beschäftigen dürfen. Bei Krankheiten oder Verletzungen erfolgt eine kostenpflichtige Rückführung nur nach Rücksprache mit den Eltern. Die Behandlung leichter Verletzungen wie Schürfwunden und Splitter sowie Halsschmerzen darf bei meinem/unseren Kind von den Betreuer/innen vorgenommen werden. Die Betreuer/innen dürfen darüber hinaus einer unaufschiebbaren ärztlichen Maßnahme zustimmen, wenn ich/wir nicht erreichbar bin/sind. Ich/wir stimme/n der unentgeltlichen Verwendung von Fotos und Filmaufnahmen unseres Kindes für Zwecke der Jugendarbeit, insbesondere auf den Homepages der beteiligten Sportkreise und der Sportjugenden, auf Vor- und Nachtreffen, sozialen Medien und Werbematerial (z.B. Flyer) zu. Ich/wir bin/sind auch damit einverstanden, dass Fotosammlungen an die Teilnehmer/innen ausgegeben werden.

Daten des/der Erziehungsberechtigten:

Vorname und Name:

---

Straße und Hausnr.:

---

PLZ und Ort:

---

---

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r für die Einverständniserklärung

Vorname und Name:

---

Straße und Hausnr.:

---

PLZ und Ort:

---

---

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r für die Einverständniserklärung