

Anmeldebogen

Herbstferienbetreuung im Landeskirchenrat der Evangelischen Kirche der Pfalz

Hiermit melde ich mein Kind für die Ferienbetreuung im Landeskirchenrat vom

14. bis 18. Oktober 2024

(Montag-Donnerstag von 8:30 bis 16:00 Uhr, Freitag von 8:30 bis 14:30 Uhr)

21. bis 25. Oktober 2024

(Montag-Donnerstag von 8:30 bis 16:00 Uhr, Freitag von 8:30 bis 14:30 Uhr)

verbindlich an.

Ich wünsche eine Halbtagsbetreuung (ohne Mittagessen).

Ich wünsche eine Ganztagsbetreuung (inklusive Mittagessen).

Nachname des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

geboren am: _____

Name/Vorname

des Sorgeberechtigten: _____

E-Mail-Adresse der Eltern: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Notfallnummer: _____

Krankenkasse, Hauptvers.: _____

Betreuender Kinderarzt/: _____

Betreuende Ärzte

Mein Kind ist gegen Tetanus geimpft: ja nein

Bestehende Erkrankungen: _____

Folgende Medikamente

müssen eingenommen werden: _____

Weitere Hinweise: _____

(z. B. Nahrungsmittelallergien)

Teilnahmebetrag: Pro Kind 95€ / pro Woche ganztags, inkl. Mittagessen
Pro Kind 45€ / pro Woche halbtags, ohne Mittagessen

Bitte überweisen Sie den Teilnahmebetrag innerhalb von 8 Tagen nach Erhalt der Anmeldebestätigung auf nachfolgendes Konto

Bankverbindung: IBAN: DE02 3506 0190 0000 6786 78
BIC: GENODED1DKD
Bank für Kirche und Diakonie eG - KD Bank

Verwendungszweck: HHSt 7220.00.1491, Ferienbetreuung 2024,
Name des Kindes

Ich bin damit einverstanden, dass

- mein Kind unter Aufsicht an Ausflügen teilnehmen darf.
- eine Haftung für selbstverschuldete Unfälle, bei Fällen höherer Gewalt und für verloren gegangene Gegenstände nicht übernommen werden kann.
- mein Kind bei größeren Verstößen gegen die Freizeitordnung von der weiteren Teilnahme ausgeschlossen werden kann.
- Fotos im Zusammenhang mit Berichterstattung veröffentlicht werden.
- bei kurzfristiger/versäumter Absage Gebühren in Rechnung gestellt werden.
- die im Anmeldebogen gemachten Angaben an die Betreuer weitergegeben werden. Nach der Freizeit werden die Unterlagen datenschutzgerecht vernichtet.

Name des Arbeitgebers

Datum und Unterschrift einer/eines
Sorgeberechtigten