



# SPORTJUGEND

REGION KASSEL

www.sportjugend-region-kassel.de

Auedamm 2  
34121 Kassel  
Tel. (0561) 7390343  
Fax (0561) 13482  
[info@sportjugend-region-kassel.de](mailto:info@sportjugend-region-kassel.de) oder  
[www.sportjugend-region-kassel.de](http://www.sportjugend-region-kassel.de)

Ich melde mich **verbindlich** für die folgende Freizeit an:

Veranstaltungstitel: **Zirkusfreizeit für Kids**  
Datum: **17.07. – 24.07.2016**  
Ort: **Mariendorf/ Immenhausen**  
Preis: **270,- €** (eigene Anreise)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Mitglied im Verein: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Name des Versicherten: \_\_\_\_\_  
Typ der Tetanusimpfung: \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
mögl. gesundheitliche Einschränkungen: \_\_\_\_\_  
andere Einschränkungen: \_\_\_\_\_

Die Teilnahmebedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

### **Einverständniserklärung:**

Die Behandlung leichter Verletzungen wie Schürfwunden und Splitter sowie von Halsschmerzen oder das Entfernen von Zecken darf bei unserem/meinem Kind von den Betreuer/-innen vorgenommen werden. Die Betreuer/-innen der Kinderfreizeit dürfen darüber hinaus einer unaufschiebbaren ärztlichen Maßnahme zustimmen, wenn wir/ ich nicht zu erreichen sind/ bin.

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos meines Kindes auf der Homepage der Sportjugend veröffentlicht werden.

### **Unterschrift Einverständniserklärung**

Ort, Datum \_\_\_\_\_  
(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)