

Magistrat Bremerhaven
Personalamt -11/5 -
Tel.: 0471 590-3073
Fax: 0471 590-2057



Frage-/Anmeldebogen
Kinderferienbetreuung vom 19.03. bis 23.03.2018

Rücksendung bitte bis zum **20.02.2018**

Liebe Eltern,

bitte füllen Sie diesen Frage-/Anmeldebogen sorgfältig aus. Falls Fragen hinsichtlich des Programms oder des Ausfüllens dieses Bogens bestehen, bitten wir Sie, unter der obengenannten Telefonnummer anzurufen. – Wir versichern Ihnen, alle Mitteilungen vertraulich zu behandeln.

<input type="checkbox"/> Montag, 19.03.2018	„Die Villa – Natur pur...!“	4,00 €
<input type="checkbox"/> Dienstag, 20.03.2018	Übersee-Museum Bremen	17,00 €
<input type="checkbox"/> Mittwoch, 21.03.2018	Spielscheune Butjadingen	17,00 €
<input type="checkbox"/> Donnerstag, 22.03.2018	Kunstmuseum Bremerhaven	5,00 €
<input type="checkbox"/> Freitag, 23.03.2018	Glowing-Golf	10,00 €

Diese Anmeldung ist verbindlich! Die Teilnehmerkosten sind auch bei Nicht-Teilnahme, z. B. wegen Krankheit, zu zahlen!

Name des teilnehmenden Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Name der/des Erziehungsberechtigten: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Mein/Unser Kind wird abgeholt von Mutter Vater Vertrauensperson

Name der Vertrauensperson: _____

Wie sind Sie während der Betreuung bzw. im Notfall telefonisch zu erreichen?

Dienstlich	Privat	Handy-Nummer
------------	--------	--------------

Sollten Sie nicht unter den oben genannten Telefonnummern erreichbar sein, wen können wir ansprechen?

Name	Telefonnummer
------	---------------

(Bitte diese Person informieren, dass sie bei uns gemeldet ist!)

Wann wurde Ihr Kind zuletzt gegen Wundstarrkrampf geimpft? _____

Müssen die Betreuer/innen auf etwas Besonderes achten?
(z. B. Allergien, Einnahme von Medikamenten, Einschränkungen jeglicher Art o. ä.)

In Einzelfällen werden wir uns ggf. mit Ihnen in Verbindung setzen!

Bei einem Unfall oder im Krankheitsfall wird die Krankenversicherung Ihres Kindes benötigt. Mit der Nennung Ihrer Krankenversicherung erklären Sie sich mit einer evtl. Behandlung einverstanden.

Krankenkasse: _____

Name und Geburtsdatum der/des Versicherten: _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass jegliche Gegenstände, die im Besitz des Kindes abhandenkommen oder beschädigt werden sowie das Nichtbefolgen von Anweisungen des Betreuungspersonals keine haftungsrechtlichen Folgen herbeiführen.

Ort, Datum	Unterschrift eines Elternteils bzw. Sorgeberechtigten
------------	---

E I N V E R S T Ä N D N I S E R K L Ä R U N G

Ich stimme einer Veröffentlichung der Bildaufnahmen von meinem Kind zu.

Name, Vorname: _____

Unternehmen: _____

Die anfallenden Kosten werde ich bis zum **25.03.2018** auf das Konto der Stadtkasse:

Weser-Elbe Sparkasse, IBAN: DE98 2925 0000 0001 1000 09
unter Angabe des Kassenzeichens 111 111 095 4297

überweisen.

Ort, Datum	Unterschrift der/des Beschäftigten
------------	------------------------------------