

Anmeldung zur Sportassistenten-Ausbildung 2017 Bruchhausen-Vilsen vom 27.10. – 30.10.2017

Hiermit melde ich mich/meinen Sohn/meine Tochter verbindlich zur Sportassistenten-Ausbildung in Bruchhausen-Vilsen an.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Telefonnummer: _____ Geb.-Dat.: _____

Alter: _____ E-Mail Adresse: _____

Vegetarier: Ja Nein, Veganer: Ja Nein Verein: _____

Notfallnummer 1: _____ Notfallnummer 2: _____

Krankenkasse: _____

Krankheiten/Allergien: _____

Benötigte Medikamente: _____

Sonstiges: _____

Nur für minderjährige Teilnehmer:

Ich stimme zu, dass mein Sohn/meine Tochter in Kleingruppen (mindestens 3 Personen) ohne Aufsicht eines Betreuers nach vorheriger Abmeldung bei einem Betreuer auch außerhalb des Gästehauses bewegen darf: Ja Nein

Ich erkläre hiermit, dass mein Sohn/meine Tochter zum Ausbildungszeitpunkt im Besitz einer Krankenversicherungskarte ist und diese zur Ausbildung mitgeführt wird.

Ich akzeptiere, dass mein Kind bei schweren Verstößen gegen die Disziplin (z. B. Alkohol-, Drogenkonsum; unerlaubtes Entfernen) oder gegen die Anweisungen der Aufsichtspersonen mit der Heimreise rechnen muss.

Den Teilnehmerbeitrag in Höhe von **50,00 € (Organisierter Sport) bzw. 65,00 € (nicht organisierter Sport)** werden wir spätestens bis zum **01. September 2017** auf das Konto des KSB Diepholz, IBAN: DE55 25651325 0191245166, BIC: BRLADE 21 DHZ (KSK Diepholz) – Verwendungszweck: Sportassistentenausbildung Bruchhausen-Vilsen Teilnehmername überweisen.

Mir ist bekannt, dass die Reisekosten durch die Teilnehmer selbst getragen werden müssen.

Ort, Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten bzw. des/der volljährigen Teilnehmers/Teilnehmerin)

Bestätigung des Vereins über die Mitgliedschaft: _____

Unterschrift + Stempel

Zustimmung zu ärztlicher Versorgung im Notfall

Von den Eltern auszufüllen – bei minderjährigen Teilnehmern!

Ich, der Unterzeichner, _____
(Name, Vorname der/des Erziehungsberechtigten)

Straße: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Tel. privat: _____ Tel. dienstl.: _____

Krankenversicherung: _____ Mitgliedsnummer: _____

erteile den Verantwortlichen der Ausbildung die Erlaubnis, meinem (minderjährigen) Kind nach Hinzuziehung eines praktizierenden Arztes jede medizinische Versorgung zukommen zu lassen, die im Falle eines Unfalls, einer ansteckenden Krankheit oder jeder anderen schweren Erkrankung notwendig sein könnte.

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Im Notfall **während meiner Abwesenheit** zu benachrichtigen:

Straße: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Tel. privat: _____ Tel. dienstl.: _____

Ich bestätige, dass die oben gemachten Angaben exakt sind und der Wahrheit entsprechen.

Ort: _____ Datum: _____

hier: »gelesen und akzeptiert«

hier: Unterschrift