

**Frage-/Anmeldebogen**  
**Ferientheaterworkshop vom 7.10.2024 bis 10.10.2024**  
**„Und wenn sie nicht gestorben sind“**  
**in Kooperation mit der Stadtbibliothek**

-----  
Rücksendung bitte bis zum 27.09.2024

Liebe Eltern,

bitte füllen Sie diesen Frage-/Anmeldebogen sorgfältig aus. Falls Fragen hinsichtlich des Programms oder des Ausfüllens dieses Bogens bestehen, kontaktieren Sie uns gerne unter: [jub@stadttheaterbremerhaven.de](mailto:jub@stadttheaterbremerhaven.de) oder telefonisch unter: 0471-48206/272.

Diese Anmeldung ist verbindlich! Der Teilnahmebeitrag 40,- € ist auch bei Nicht-Teilnahme, z. B. wegen Krankheit, zu zahlen!

Name des teilnehmenden Kindes: \_\_\_\_\_

Alter; Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_

Name des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Ich buche für mein/unser Kind die Verpflegungspauschale von 25,-€

Mein Kind ist kein Fleisch

Mein/Unser Kind bekommt Verpflegung (Selbstverpflegung) von Zuhause mit

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 er/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!

Bitte beachten Sie, dass die Teilnehmer:innen während des Ferienprogramms nicht unfallversichert sind. 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 des Versicherten: \_\_\_\_\_

Ich nehme zur Kenntnis, dass jegliche Gegenstände die abhanden oder beschädigt werden sowie das Nichtbefolgen von Anweisungen der Betreuer:innen keine haftungsrechtlichen Folgen herbeiführen.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift eines Elternteils bzw. Sorgeberechtigten

-----

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Fotos von mir/meinem Kind zu Werbezwecken auf Homepage/Facebook/Instagram veröffentlicht werden. *(bitte ankreuzen)*

Ja / Nein

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift eines Elternteils bzw. Sorgeberechtigten