

OT Eilendorf Kurse 2/2018
10.09.2018 bis 14.12.2018
Anmelde-Gesundheitsfragebogen



Dieser Fragebogen wird streng vertraulich behandelt. Die durchführende Institution ist aus rechtlichen und versicherungstechnischen Gründen auf nachstehende Angaben angewiesen.

Birkstraße 8, 52080 Aachen, 0241/953723, Leitung@OT-Eilendorf.de

Hiermit melde ich meinen Sohn / meine Tochter zu folgendem Kurs in der OT Eilendorf an.

Kurs 1: _____ ; **Kosten:** _____ €
Kurs 2: _____ ; **Kosten:** _____ €
Kurs 3: _____ ; **Kosten:** _____ €
Kurs 4: _____ ; **Kosten:** _____ €
Gesamt _____ €

ANMELDEABSCHNITT

Bitte leserlich (Blockschrift) ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen.

Name und Vorname des Kindes

____ / ____ / _____

Geb.-datum

Straße

_____ / _____

PLZ & Ort

Telefonnummer

Telefonnummer / Notfall

Mobilnummer

Mobilnummer / Notfall

Max. 1 Wunschpartner bei Gruppenbildung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei den Kursen geschossene Fotos meines Kindes, für die Darstellung und Werbung, der pädagogischen Arbeit in der OT Eilendorf genutzt und veröffentlicht werden dürfen.

Ja **Nein**

_____ _____
Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten **Datum**

Bitte die Rückseite beachten und den Gesundheitsbogen ausfüllen.

Von den Mitarbeitern der Offenen Tür Eilendorf auszufüllen!

Der Teilnehmerbeitrag in Höhe von _____ € wurde bezahlt.

Kassenzeichen

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Impfungen Tetanus <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Wann?	Allergien <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Blutgruppe, falls bekannt	Unverträglichkeit gegen bestimmte Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Unverträglichkeit gegen Insektenstiche <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/>	Braucht Ihr Kind regelmäßige Medikamente? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Welche?.....
Beeinträchtigungen sonstiger Art (z.B.: kürzlich operiert, krank, geimpft, etc.) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:.....
Besondere Rücksichtnahme notwendig <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:.....	
Sonstiges: (z.B.: Verzehr von Schweinefleischfreiem Essen)
Kinderarzt oder Hausarzt: _____ Name _____ Anschrift _____ Telefon _____ Krankenkasse bei der das Kind versichert ist.

**Ich versichere, dass mein Kind nicht an Erkrankungen oder gesundheitlichen Schäden leidet, die die Teilnahme an der Maßnahme verbietet.
 Alle Angaben auf diesem Gesundheitsfragebogen habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht.**

Ort , Datum

Unterschrift der Eltern / des Erziehungsberechtigten