

**Sommerferien ohne Kofferpacken 18.07. bis 31.07.2024****Sommerferien ohne Kofferpacken 05.08. bis 16.08.2024****Sommerferien ohne Kofferpacken 19.08. bis 30.08.2024**

Kind:

geb.

männlich

weiblich

Straße

Berlin

Staatsangehörigkeit

**Personensorgerecht:**

Eltern

Mutter

Vater

Jugendamt

Pflegeeltern

Frau

Familiename, Vorname

Tel. privat

Tel. Arbeit

Berlin

Handy

Adresse (nur wenn abweichend von oben)

Herr

Familiename, Vorname

Tel. privat

Tel. Arbeit

Berlin

Handy

Adresse (nur wenn abweichend von oben)

E-Mail-Adresse:

**Als meinen Vertreter bevollmächtige ich:**

Familiename, Vorname, Telefonnummer, Stellung zum Kind

**Krankenversichert bei:**

über:

geb.

**Haftpflichtversichert** ja  nein  bei:

über:

**Müssen während des Aufenthaltes Medikamente eingenommen werden?** ja  nein 

Wenn ja, welches Medikament / Dosierung?

**Auffälligkeiten:**

z.B. Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Lebensmitteln, Allergien, Behinderungen o.ä.

**Mein Kind darf an sportlichen Aktivitäten teilnehmen,  
mein Kind kann schwimmen und hat folgendes Schwimmzeugnis:**

(Wenn kein Zeugnis vorhanden, bitte streichen)

**Mein Kind kann am Ende der täglichen Betreuung  
alleine nach Hause gehen:** ja  nein **In meinem Haushalt leben außer mir noch folgende Personen:**

	Name, Vorname	Unterhalt		Kindergeld	
		ja	nein	ja	nein
unterhaltspf. Erw.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich verpflichte mich, für sämtliche während des Aufenthaltes meines Kindes entstehenden Krankenhilfekosten aufzukommen, soweit diese nicht von der Krankenversicherung oder einem anderen Kostenträger übernommen werden. Ich verpflichte mich, den mir in Rechnung gestellten Teilnahmebeitrag bis zum angegebenen Termin einzuzahlen und die Zahlung auf Verlangen nachzuweisen. Mir ist bekannt, dass im Falle des Rücktritts 10 % (innerhalb von 14 Tagen vor Beginn der Ferienaktion 20 %) des zu zahlenden Teilnahmebeitrags erhoben werden können. Mir ist ebenfalls bekannt, dass mein Kind, wenn ich trotz einmaliger Mahnung den Teilnahmebeitrag nicht eingezahlt habe, von der Teilnahme ausgeschlossen wird. Ich willige ein, dass die vorstehenden Daten an die zur Betreuung eingesetzten Mitarbeiter\*innen zur Durchführung der Ferienmaßnahme weitergegeben werden.

**Ich bitte um Berechnung des Teilnahmebeitrages** JA 

Datum

**DRUCKEN**

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten