☐ **Herbstferien ohne Kofferpacken 19.10. bis 23.10.2026**

☐ **Herbstferien ohne Kofferpacken 26.10. bis 30.10.2026**

Kind: geb. männlich ☐ weiblich ☐

Straße Berlin Staatsangehörigkeit

Personensorgerecht: Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Jugendamt ☐ Pflegeeltern ☐

Frau
Familienname, Vorname

Tel. privat

Tel. Arbeit

Berlin Handy

Adresse (nur wenn abweichend von oben)

Herr
Familienname, Vorname

Tel. privat

Tel. Arbeit

Berlin Handy

Adresse (nur wenn abweichend von oben)

E-Mail-Adresse:

Als meinen Vertreter bevollmächtige ich:

Familienname, 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 ja	Unterhalt nein	Kindergeld ja	Kindergeld nein
unterhaltspfl. Erw.		☐	☐		
1. Kind		☐	☐	☐	☐
2. Kind		☐	☐	☐	☐
3. Kind		☐	☐	☐	☐

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