

Anmeldebogen (pro Kind ausfüllen)

Hiermit melde(n) ich/wir*

Vor - & Zuname(n) des/der* Erziehungsberechtigten		
Straße	PLZ und Ort	Telefon
Im Notfall zu erreichen unter		

mein/ unser* Kind

Vorname	Zuname	Geburtsdatum
---------	--------	--------------

Verbindlich für die **Ministrantenwallfahrt nach Rom** vom **28.07.2024 bis 03.08.2024** an.

- ☐ Mein/unser* Kind ist gesund und leidet nicht an gesundheitlichen Schäden
- ☐ Mein/unser* Kind leidet an gesundheitlichen Schäden, die die Teilnahme an Baden/Schwimmen/Sport* oder anderen Tätigkeiten wie _____ verbieten.

Mein/unser* Kind hat Allergien:

- ☐ ja, folgende: _____ ☐ nein

Mein/unser* Kind hat Erkrankungen:

- ☐ ja, folgende: _____ ☐ nein

Mein/unser* Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen:

- ☐ ja, folgende: _____ ☐ nein

Falls ja: Eine Bescheinigung des Arztes lege/n ich/wir* bei.

Bei meinem/unserem* Kind sind Medikamentenunverträglichkeiten bekannt:

- ☐ ja, folgende: _____ ☐ nein

Bei meinem/unserem* Kind sind Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt:

- ☐ ja, folgende: _____ ☐ nein
- ☐ ja, mein/unser* Kind ist Vegetarier/in. ☐ nein

Sonstige Hinweise zum Gesundheitszustand meines/unseres* Kindes:

Name, Anschrift und Telefonnummer des Hausarztes meines/unseres Kindes:

Kurzfristige Veränderungen am Gesundheitszustand werde(n) ich/wir* sofort mitteilen.

-bitte wenden!-

Mein/unser* Kind darf sich während der Wallfahrt in Kleingruppen (mit Betreuer/in) aufhalten. ☐ ja ☐ nein

Wir planen einen Ausflug in die Katakomben.

Mein/ unser* Kind darf ☐ teilnehmen ☐ nicht teilnehmen.

Es gelten für mein/unser Kind folgende Einschränkungen:

Ich/wir* erteile(n) der Gruppenleitung die Zustimmung, falls ich/wir* nicht erreichbar wäre(n), im Falle eines ärztlichen Eingriffs die erforderliche Genehmigung des Arztes bzw. Krankenhauses an meiner/unserer* Stelle zu unterschreiben.

Mir/uns* ist bekannt, dass mein/unser* Kind bei schweren Ordnungsverstößen auf meine/unsere* Kosten und mit Begleitung nach Hause geschickt werden kann. Vom Teilnahmebetrag wird in diesem Falle nichts zurückerstattet. Ich/wir* werde(n) mein/unser* Kind davon in Kenntnis setzen, dass es den Anweisungen der Leiter*innen in jedem Fall Folge zu leisten hat.

Ort. Datum

Unterschrift **beider** Sorgeberechtigten

* Nichtzutreffendes bitte streichen ☐ Zutreffendes ankreuzen

Den Bogen bitte vollständig ausfüllen und spätestens bis 18.09.2023 senden an:

Kath. Pfarramt Hll. Petrus und Paulus Wredestr. 24 67059 Ludwigshafen
--