

Veranstaltung: Handball Camp, Haselünner SV und Stadt Haselünne
Termin: Freitag, 13.10. bis Sonntag, 15.10.2023
Ort: Haselünne
Veranstalter: Haselünner SV und Stadt Haselünne
Adresse: Rathausplatz 1, 49740 Haselünne
Telefon: 05961/509253
Email: schmit@haseluenne.de
Verantwortliche Leitung: Ingo Schmit

Liebe Erziehungsberechtigte,

bitte füllen sie diesen Datenbogen sorgfältig, vollständig und leserlich aus und geben Sie ihn bis zum 15.09.2023 bei den Handballtrainerinnen der E- und D-Jugend ab.

Die folgenden Angaben sind hilfreich und wichtig, damit wir uns während des Handball Camps den Teilnehmenden gegenüber richtig und angemessen verhalten können. Diese Informationen werden streng vertraulich behandelt.

Persönliche Angaben zu den Teilnehmenden

Name: _____ Vorname: _____

PLZ, Wohnort: _____

Straße: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Angaben zu den Erziehungsberechtigten

Name: _____ Name: _____

Vorname: _____ Vorname: _____

Telefon: _____ Telefon: _____

Mobil: _____ Mobil: _____

Im Notfall sind Sie unter folgender Telefonnummer erreichbar: _____

Gesundheits-Check der Teilnehmenden

Ist bei ihrer Tochter/ ihrem Sohn auf gesundheitliche Besonderheiten zu achten (Allergien, Krankheiten, Einschränkungen)

Essensgewohnheiten (freiwillige Angaben)

Vegetarisch Vegan keine Besonderheit

Aus gesundheitlichen oder religiösen Gründen verzichtet der/ die Teilnehmende auf:

Sonstige wichtige Informationen:

Ausdrückliche Einwilligung der Personensorgeberechtigten bei minderjährige/n Teilnehmer/innen

Wir gestatten unserem Kind die Teilnahme an der zuvor genannten Veranstaltung. Die Aufsichtspflicht wird durch den Veranstalter bzw. dessen beauftragten Personen für die Zeit der Veranstaltung übernommen. Wir haben unser Kind ausdrücklich darauf hingewiesen, dass den Anweisungen der Leiter/-innen unbedingt Folge zu leisten ist und die Regeln bindend sind.

Ja Nein

Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Gesamtleitung, in akuten medizinischen Notfällen zum Wohle und Aufrechterhaltung der Gesundheit des teilnehmenden Kindes ohne Einwilligung eines Erziehungsberechtigten einen Arzt oder den notärztlichen Dienst aufsucht. Ich werde unverzüglich über diesen Besuch und deren Ergebnisse informiert.

Ja Nein

Versicherung

Alle Teilnehmenden sind durch den Anbieter für die Dauer des Aufenthaltes unfallversichert. Für den Verlust von Sachen wird nicht gehaftet. Bei Krankheitsfällen wird die Krankenversicherung des Teilnehmenden in Anspruch genommen.

Unterschrift gesetzliche Vertreter minderjähriger Teilnehmer

Mit unserer Unterschrift bestätigen wir die Richtigkeit der im Teilnehmerbogen gemachten Angaben. Wir haben unser Kind auf die Notwendigkeit hingewiesen, die geforderten Verhaltensweisen einzuhalten.

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter/-in

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter/-in