

Erklärung zur Teilnahme

Trinationales Jugendcamp / 21. Bis 28. Juli 2024 in Deutschland

Persönliche Angaben	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße Haus-Nr., PLZ Ort	

Weitere Angaben (Bitte ankreuzen)	Ja	Nein
Wird für Ihr Kind eine Schwimmerlaubnis erteilt? <i>Bitte Nachweis beifügen (s.u.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darf Ihr Kind an sportlichen Aktivitäten teilnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind eine Krankheit oder Allergien? <i>Bitte Details ausführen (s.u.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährt sich ihr Kind vegetarisch, vegan, oder ähnliches? <i>Bitte Details ausführen (s.u.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss Ihr Kind zurzeit Medikamente einnehmen? <i>Bitte Details ausführen (s.u.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind von einer Behinderung betroffen? <i>Bitte Details ausführen (s.u.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind eine Tetanus-Schutzimpfung erhalten? <i>Bitte Nachweis beifügen (s.u.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind bei Erfordernis in ein Krankenhaus aufgenommen und ein notwendiger chirurgischer Eingriff durchgeführt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir sind damit einverstanden, dass Bilder, auf denen unser Kind zu sehen ist, zur Dokumentation und Veröffentlichung des Jugendcamps online und im Print verwendet werden (insbesondere in lokalen Nachrichtenblättern und auf der Gemeindewebsite).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir erklären uns mit der Teilnahme unseres Kindes am Gesamtprogramm des trinationales Jugendcamps in Deutschland vom 21. bis 28. Juli 2024 einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben Erziehungsberechtigte/r Kontaktdaten für Notfälle (Bitte Erreichbarkeit während des Camps sicherstellen!)	
Name, Vorname	Name, Vorname
Telefon	Telefon
Telefon	Telefon
E-Mail	E-Mail

Details zu weiteren Angaben (bitte zusätzliches Blatt beifügen, falls Platz nicht ausreichend)

Bitte fügen Sie der Teilnahmeerklärung Kopien/Scans folgender Dokumente in Vorder- und Rückseite bei:

- ✓ Europäische Krankenversicherungskarte („EHIC“) oder im Falle einer privaten Krankenversicherung ohne Versicherungskarte einen entsprechenden Nachweis von der Krankenversicherung
- ✓ Impfpass
- ✓ Schwimmpass (Für die Schwimmerlaubnis ist mindestens das Schwimmbzeichen Bronze erforderlich. Es kann bei Bedarf im Hallenbad Wachtberg nach Vereinbarung während der Öffnungszeiten (erneut) abgelegt werden: hallenbad@enewa.de / Tel. 0228 343024

Personalausweis/Reisepass und Krankenversicherungskarte sind bei Abreise an die Begleitpersonen der Reisegruppe auszuhändigen. Bitte stellen Sie sicher, dass alle Dokumente im Zeitraum der Reise gültig sind.

Mit der Europäischen Krankenversicherungskarte können europaweit medizinische Leistungen in Anspruch genommen werden. Die gesetzlichen Krankenkassen empfehlen darüber hinaus den Abschluss einer privaten Unfall- und/oder Auslandsreisekrankenversicherung.

Den Teilnahmebeitrag i.H.v. 180 € für das 1. Kind bzw. 90 € für jedes weitere Kind überweisen Sie bitte bis zum **31.05.2024** auf das Konto des Partnerschaftsvereins Wachtberg e.V. bei der Raiffeisenbank Voreifel eG: IBAN **DE59 3706 9627 5606 6730 10** BIC GENODED1RBC

Diese Anmeldung wird erst mit dem Eingang aller oben angeführten Kopien/Scans gültig.

Ort, Datum

Unterschrift(en) der/s Erziehungsberechtigten

Die Erhebungen und Verarbeitungen aller Person einbezogenen Daten erfolgt vertraulich und im Sinne der DSGVO. Es werden nur solche persönlichen Daten erhoben und an Partner weitergeleitet, die zur Abwicklung Ihrer Reise notwendig sind. Diese und wir selbst sind zur Verschwiegenheit auf das Datengeheimnis verpflichtet. Datenübermittlung an staatliche Stellen oder Behörden erfolgen nur im Rahmen gültiger Rechtsvorschriften.