

Momarter Weg 41
64720 Michelstadt



Anmeldebogen skate-aid Odenwald e.V. "Skaten statt Ritalin"

1. Daten des Kindes

- Vorname, Nachname: _____
- Geburtsdatum: _____
- Anschrift: _____
- Schule/Einrichtung: _____

2. Daten der Erziehungsberechtigten

- Vorname, Nachname: _____
- Anschrift (falls abweichend): _____
- Telefonnummer: _____
- E-Mail-Adresse: _____

3. Daten des Kinderarztes und Therapeuten

- Kinderarzt:
 - Name: _____
 - Anschrift: _____
 - Telefonnummer: _____
- Therapeut:
 - Name: _____
 - Anschrift: _____
 - Telefonnummer: _____

skate-aid Odenwald e.V.

Momarter Weg 41, 64720 Michelstadt | https://www.instagram.com/skateaid_odenwald/

T.0171 178 59 48 | T.0151 17 66 52 50 | odenwald@skate-aid.org

Steuernummer: 03325002360

Bankverbindung:

DE30 5086 3513 0007 3534 30 GENDOE51MIC

Spendenkonto:

DE74 5086 3513 0107 3534 39 GENODE51MIC

4. Gesundheitsabfragen, Diagnosen und Medikation

- Bestehende Diagnosen: _____
- Regelmäßige Medikation (Art und Dosierung): _____

-
- Allergien oder besondere gesundheitliche Hinweise: _____

5. Fremd- oder eigenaggressives Verhalten

- Liegt fremd- oder eigenaggressives Verhalten vor?
 - Ja
 - Nein
- Falls ja, bitte kurz beschreiben: _____

-
- Handlungen durch Fachkräfte bei Bedarf (z. B. Beruhigungsmaßnahmen, Gabe von Bedarfsmedikation):

6. Fotogenehmigung im Rahmen der LEADER-Förderung

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Fotos meines Kindes im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit von skate-aid Odenwald e.V. verwendet werden dürfen.
 - Ja
 - Nein
-

skate-aid Odenwald e.V.

Momarter Weg 41, 64720 Michelstadt | https://www.instagram.com/skateaid_odenwald/

T.0171 178 59 48 | T.0151 17 66 52 50 | odenwald@skate-aid.org

Steuernummer: 03325002360

Bankverbindung:

DE30 5086 3513 0007 3534 30 GENDOE51MIC

Spendenkonto:

DE74 5086 3513 0107 3534 39 GENODE51MIC

7. Anmeldung Ort

- Veranstaltungsort: _____
-

8. Hinweise

- Pro Workshop fällt eine Leihgebühr von 2,00 € für die Nutzung von Equipment und Rampen an.
-

9. Datenschutz - Austausch mit behandelnden Ärzten

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass skate-aid Odenwald e.V. bei Bedarf und nach Rücksprache Kontakt zu den behandelnden Ärzten/Therapeuten meines Kindes aufnimmt, um die Betreuung optimal zu gestalten.
 - Ja
 - Nein
-

10. Haftpflicht

- Mein Kind ist haftpflichtversichert
 - Ja
 - Nein

Mir/ uns ist bekannt, dass wenn mein/ unser Kind bewusst einen Schaden an Sachen dritter oder an Personen verursacht, dies über die Haftpflichtversicherung oder unser Eigenkapital beglichen werden muss

10. Unterschriften der Erziehungsberechtigten

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und erkläre mich mit den Bedingungen einverstanden. Mir ist bewusst, dass die Anmeldung für 1 Jahr verbindlich ist. Sollte mein Kind verhindert sein, gebe ich dies rechtzeitig bekannt.

- Name des/der Erziehungsberechtigten: _____
- Unterschrift: _____
- Datum: _____

skate-aid Odenwald e.V.

Momarter Weg 41, 64720 Michelstadt | https://www.instagram.com/skateaid_odenwald/

T.0171 178 59 48 | T.0151 17 66 52 50 | odenwald@skate-aid.org

Steuernummer: 03325002360

Bankverbindung:

DE30 5086 3513 0007 3534 30 GENDOE51MIC

Spendenkonto:

DE74 5086 3513 0107 3534 39 GENODE51MIC