

Anmeldung Sommerferienbetreuung Einbeck

Hiermit melde ich mein Kind für folgenden Zeitraum verbindlich an:
o Woche 1: 24.6 - 28.6.-2024 o Woche 2: 01.7 – 05.7.2023

Name: _____ Vorname: _____
Geboren am: _____ O Junge O Mädchen O Divers
Straße: _____ PLZ und Ort: _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Krankheitsfall in ärztliche behandelt wird. Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____ Versichert über: _____

Es benötigt folgende Medikamente: _____

Mein Kind hat folgende Allergien / Unverträglichkeiten/ Krankheiten und / Einschränkungen: _____

Vollmacht

Hiermit erkläre/n ich/wir _____
als Erziehungsberechtigte/r das Einverständnis, dass mein/unser oben genanntes Kind im Notfall von einer Betreuungsperson des Projektes einem Arzt zur Untersuchung und Behandlung vorgestellt werden darf. _____

(Datum und Unterschrift/en)

Angaben zur Person des/der gesetzlichen Vertreterin /Vertreters

Vor-und Zuname(n): _____

Tel. (Vertreter:in 1) : _____ Tel. (Vertreter:in 2) : _____

Anschrift(en): _____

Hiermit erkläre ich/erklären wir, dass ich/wir zum Zeitpunkt der Ferienbetreuung berufstätig bin/sind.: o ja / o nein (Elternteil 1) o ja / o nein (Elternteil 2)

Arbeitgeber (Elternteil 1): _____

Arbeitgeber (Elternteil 2) _____

Hinweis: Abmeldungen müssen bis spätestens 6 Wochen vor Beginn schriftlich bei der Veranstalterin eingehen. Bei einer späteren Abmeldung wird der Teilnahmebeitrag einbehalten.

Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Hiermit erkläre ich, _____ dass nach Art. 6 der DSGVO erforderliche Einverständnis, das die Stadt Einbeck, im Rahmen der Teilnahmen meines oben genannten Kindes an der genannten Veranstaltung personenbezogene Daten erhebt, verarbeitet und zur Erfüllung der Verwaltungsaufgaben nutzen kann.

(Datum und Unterschrift/en)