



Anmeldung

Für die Kinderbetreuung während des LesbenFrühlingsTreffen in Köln Pfingsten2009

Name des Kindes: _____ **Alter:** _____

Name der Eltern: _____

Bestehen Krankheiten oder Allergien auf die wir Rücksicht nehmen müssen?

Müssen Medikamente genommen werden?

Nein

Ja (welche, Dosierung und wann?)

Ich bin darüber informier, dass bei einem evtl. Notfall eine Notärztin/Notarzt gerufen wird.

Ja

Das Kind ist bei _____ versichert.

Die Krankenkarte hinterlege ich bei einer Betreuerin bzw:

Das Kind nimmt zu folgenden Zeiten am Betreuungsangebot teil:

Samstag, 29. Mai 2009 von _____ Uhr bis _____ und von _____ Uhr bis _____ Uhr

Sonntag, 30. Mai 2009 von _____ Uhr bis _____ und von _____ Uhr bis _____ Uhr

Erreichbarkeit der Eltern:

Handynummer: 1. _____ 2. _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind den Betreuungsort in Begleitung verlässt:

Ja

Nein

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im privaten Fahrzeug mitfährt:

Ja

Nein

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind In Begleitung der Betreuerin die öffentlichen Verkehrsmittel nutzen kann:

Ja

Nein

Köln,

Unterschrift der Eltern _____

Den Anmeldebogen bitte an 2009@lesbenfruehling.de, Fax-Nr.: 01805 999986 88716 oder per Post an: Manuela Saal, Marthastr. 32, 51069 Köln senden.