**Anmeldeformular für Aladdin-Herbstferien**

**im Internationalen Pfadfinderzentrum Kandersteg**

**Anmeldung für Datum: [ ]  1.10. – 7.10.2017**

**[ ]  8.10. – 14.10.2017**

**Wir besuchen die Aladdin-Ferienwochen zum** **Mal.**

|  |
| --- |
| **Name und Adresse** |
|  | **Tel P**  |       |
| **Tel G** |       |
| **Mobile** |       |
| **Email** |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eltern, dann Kinder** | **Alter** | **Geburtstag** | **Beeinträchtigt** | **Teilnahme** |
|       |       |       |  | Ja [ ]   |
|       |       |       |  | Ja [ ]   |
|       |       |       | Ja [ ]  Nein [ ]  | Ja [ ]   |
|       |       |       | Ja [ ]  Nein [ ]  | Ja [ ]   |
|       |       |       | Ja [ ]  Nein [ ]  | Ja [ ]   |
|       |       |       | Ja [ ]  Nein [ ]  | Ja [ ]   |

**Bitte füllen Sie für jedes Kind, das eine Beeinträchtigung hat, die 2. Seite dieses Anmeldeformulars aus.**

**Anreise**: [ ]  per Bahn [ ]  mit dem Auto**.** Wir brauchen Unterstützung: Ja [ ]  Nein [ ]

**Wenn ja, wie können wir Ihnen helfen?**

|  |
| --- |
| **Die Anmeldung wird durch den Sozialdienst eingereicht:** Ja [ ]  Nein [ ] **Kontakt (Stelle/Sachbearb/Tel):** **Kosten**  (*vom Sozialdienst auszufüllen oder nach Vereinbarung) CHF* **:**      [ ]  **Wir wären dankbar für eine Subventionierung unseres Teilnahmebeitrags durch die Stiftung Hilfe für Kinder**Falls ja: wir sind damit einverstanden, dass unser Name und Wohnort der Stiftung Hilfe für Kinder (für deren interne Information, wird nicht publiziert oder weitergegeben) bekannt gegeben wird. Ja [ ]  Nein [ ]  |

|  |
| --- |
| Die **Versicherung** ist Sache der Teilnehmer.Während der Ferienwochen aufgenommene **Fotos** werden von uns evtl. für Drucksachen und für die Homepage verwendet. Wenn wir keinen Vermerk auf dem Anmeldetalon haben, gehen wir davon aus, dass die Eltern damit einverstanden sind. |

**BEMERKUNGEN:**

Ich bin mit den Anmeldebedingungen für die Aladdin-Ferienwochen einverstanden:

|  |  |
| --- | --- |
| **Ort, Datum** | **Unterschrift** |

**Datenblatt für beeinträchtigte Kinder**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** |       | **Alter** |       |
| **Krankheit** |       |
| **Kurzer Beschrieb der Situation** |       |
| **IV-Berechtigung** | [ ]  ja [ ]  nein |
| **IV-Nummer** |       |

**Bitte zutreffendes ankreuzen:**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Rollstuhl | Andere Hilfsmittel:       |
| [ ]  Medikamente | Welche:       |
| **Ernährung** |
| [ ]  Allergien | Welche:       |
| [ ]  Spezialkost | Welche:       |
| **Hilfestellungen durch Aladdin-Leiterteam** |
| In welchen Bereichen möchten die Eltern durch das Leiterteam entlastet werden?  | [ ]  beim Wickeln [ ]  beim Waschen[ ]  Toilette[ ]  der Nahrungsaufnahme[ ]  Ankleiden/Ausziehen[ ]  Beaufsichtigung im Freien**Weiteres:**       |
| Gibt es Eigenheiten bei den Geschwistern, die das Team kennen muss? | Welche:       |
| **Körperliche Leistungsfähigkeit / Interessen** |
| Spazieren / Wandern | [ ]  Gar nicht [ ]  ½ Stunde [ ]  1 Stunde [ ]  3 Stunden**Bemerkungen:**       |
| Malen, modellieren, Basteln | [ ]  Gar nicht [ ]  ½ Stunde [ ]  1 Stunde [ ]  3 Stunden**Bemerkungen:**       |
| Hobbies / Instrumente: |       |

**Adresse des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärzte**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name und Adresse: |       | Tel G:Mobile:Email: |       |

**Weitere wichtige Adresse für medizinische Versorgung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name und Adresse: |       | Tel G:Mobile:Email: |       |