**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: |  |