**Anmeldeformular für die Aladdin-Ferienwochen**

im Internationalen Pfadfinderzentrum Kandersteg

**Anmeldung für Datum**  **1. Ferienwoche: 29.09. – 05.10.2019**

**2. Ferienwoche: 06.10. – 12.10.2019**

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Eltern, dann Kinder** | **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 dritte Seite dieses   
Anmeldeformulars aus.

**Anreise** (individuell):  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:  Sachbearbeiter/in:  Tel.:  **Kosten** (*vom Sozialdienst auszufüllen oder nach Vereinbarung)* CHF: |

|  |
| --- |
| Die **Versicherung** ist Sache der Teilnehmenden.  **Fotos**, die während den Ferienwochen aufgenommen werden, verwenden wir für unsere Drucksachen, die Homepage und Sozialen Medien (Facebook).  Sollten Sie mit der Verwendung Ihrer Fotos **nicht einverstanden** sein, so vermerken Sie dies bitte auf der folgenden Seite unter «Sonstige Bemerkungen». |

**Essen und Trinken**

Während den Ferienwochen erhalten alle Teilnehmenden drei Mahlzeiten pro Tag (Vollpension). Bitte teilen Sie uns hier allfällige Diäten, Allergien, Unverträglichkeiten, Spezialkost, etc. aller Familienmitglieder mit.

**Ausflüge**

Wir führen während den Ferienwochen jeweils verschiedene, wetterabhängige Ausflüge durch.

Bitte melden Sie uns hierfür die Art und Anzahl aller in der Familie existierenden, gültigen SBB-

Abonnemente (General-Abo, Halbtax-Abo, Strecken-Abo, Juniorkarten, Begleiterkarten, etc.).

**Erwartungen**

Haben Sie spezielle Erwartungen, Vorstellungen oder gar Wünsche, was die Aladdin-Ferienwoche   
angeht?

**Sonstige Bemerkungen**

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

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

**Datenblatt für beeinträchtigte Kinder**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name** |  | | **Alter** |  |
| **Beeinträchtigung** |  | | | |
| **Beschrieb der  Situation** |  | | | |
| **IV-Berechtigung** | Ja  Nein | **IV-Nummer:** | | |

**Bitte zutreffendes ankreuzen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rollstuhl | Andere Hilfsmittel: | |
| Medikamente | Welche: | |
| **Ernährung** | | |
| Allergien | Welche: | |
| Spezialkost | Welche: | |
| **Hilfestellungen durch das 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** | | |
| Greifen und Festhalten: z.B. Seil festhalten, eigenen  Körper an einem Seil o.ä.  baumeln lassen | gar nicht  nur beschränkt  ja, problemlos  **Bemerkungen:** | |
| Werfen und fangen von Bällen o.ä. | gar nicht  nur werfen  nur fangen  werfen und fangen  **Bemerkungen:** | |
| Abläufe wahrnehmen und  wiedergeben können | gar nicht  ja, über kurze Zeit  ja, problemlos  **Bemerkungen:** | |
| Hobbies / Instrumente: |  | |

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

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

**Weitere wichtige Adresse für medizinische Versorgung**

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