

**- Bitte pro Kind nur ein Formular benutzen -**

**ANMELDUNG ZUR 23. KINDERSPIELSTADT „DITZIPUT“ vom  
29.07. – 09.08.2019**

**(Zutreffendes bitte immer ankreuzen)**

Ditzingen       Hirschlanden       Schöckingen       Heimerdingen

Sind Sie Vereinsmitglied im „Kinderspielstadt Ditziput e. V.“?  Ja     Nein

Ja, ich nehme die Vergünstigung als Vereinsmitglied für meine Kinder wahr.

**Anzahl der von mir insgesamt angemeldeten Kinder** \_\_\_\_\_

Teilgenommen im Vorjahr?  Ja     Nein      Rausgelost im Vorjahr?  Ja     Nein

---

---

**Angaben zum Kind**

Nachname des Kindes \_\_\_\_\_ Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_

---

---

**Anschrift der Erziehungsberechtigten**

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon Büro \_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_

Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**Anschrift des Kindes (falls abweichend von den Erziehungsberechtigten)**

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Gesundheit und Versicherung (weitere Angaben werden zum späteren Zeitpunkt eingeholt)**

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Die letzte Tetanusimpfung war am \_\_\_\_\_

Privathaftpflicht  ja, bei \_\_\_\_\_  nein

---

---

**Widerrufsrecht**

Sie haben das Recht, binnen 14 Tagen ab dem Anmeldetag ohne Angabe von Gründen eine Anmeldung schriftlich / per Mail zu widerrufen, unter der Angabe Ihrer Adresse und dem vollständigen Namen des angemeldeten Kindes. Grundsätzlich muss der Widerruf nicht schriftlich erfolgen, aber die Beweislast liegt dann bei Ihnen.

Trifft diese Information nicht termingerecht (Eingangsstempel) bei uns ein, müssen wir von Ihnen 30 Euro Bearbeitungsgebühr pro abgemeldetem Kind verlangen. Bitte haben Sie dafür Verständnis!

---

---

**BITTE BEACHTEN SIE DIE RÜCKSEITE**

## Mein Kind

Nachname des Kindes \_\_\_\_\_ Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_

ist in der Pflegeversicherung seit \_\_\_\_\_ in Stufe  0  1  2  3

bekommt zusätzliche Betreuungsleistungen nach §45b SGB XI  104€  208 €

hat folgende Krankheit \_\_\_\_\_

Kategorie  allgemein  körperlich  psychisch  hyperaktiv  lernverzögert

### Vorabinformation: Mein Kind muss regelmäßig folgende Medikamente einnehmen.

Medikament	Einnahme-Rhythmus
_____	_____
_____	_____

### Während der Kinderspielstadt bin ich oder ein Dritter (Nachbarn, Verwandte, Bekannte) tagsüber erreichbar unter

Name \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon Büro \_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon Büro \_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_

## Bescheinigung

Mein Sohn / Meine Tochter ..... hat die Erlaubnis, während der Kinderspielstadt mit der Gruppe unter Aufsicht der Gruppenbetreuer zum Baden zu gehen.

Ja  Mein Kind ist  Schwimmer  Nichtschwimmer

Nein

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

---

---

## Teilnahme am Elternabend am Dienstag, 30.07.2019 um 19.30 Uhr

Name (in Blockschrift) \_\_\_\_\_

Ich / Wir nehme(n) mit \_\_\_\_\_ Personen am Elternabend teil.

Ich / Wir nehme(n) nicht teil.

---

---