

Anmeldung für die Ferienspiele 2020

vom 04. Juli bis 15. August 2020

Name, Vorname des Kindes	Alter	Geburtsdatum
--------------------------	-------	--------------

Straße, PLZ und Wohnort	E-Mail Adresse
-------------------------	----------------

Telefon privat (auch Handynummer)	Telefon dienstlich (auch Handynummer)
-----------------------------------	---------------------------------------

Krankenkasse	Hausarzt
--------------	----------

Allergien

Datum der letzten Tetanusimpfung

Sind besondere Rücksichten zu nehmen? Wenn ja, welche? (z. B. kein Schweinefleisch)

Sie haben hier die Möglichkeit Ihrer Wunschwoche anzugeben:

3. Ferienwoche	20.07. - 24.07.2020	
4. Ferienwoche	27.07. - 31.07.2020	
5. Ferienwoche	03.08. - 07.08.2020	
6. Ferienwoche	10.08. - 14.08.2020	

Jedes Kind erhält für die Ferenspiele 2020 ein neues T-Shirt! Bitte eine der folgenden Größen ankreuzen!

116 128 140 152 164 S M L XL

Anmeldungen sind nur verbindlich, wenn die Einzugsermächtigung erteilt wird!
Falls Ihr Kind nicht an der gebuchten Veranstaltung teilnehmen kann, sagen Sie bitte unter ferienspiele@kriftel.de ab!

Mit der Anmeldung erteilen Sie uns die Erlaubnis, Fotos, die während der Ferienspiele 2020 gemacht werden und auf denen Ihr Kind zu sehen ist, für Presseveröffentlichungen und die Programmbroschüre für die Ferienspiele 2021 zu verwenden.

Ich versichere, dass mein Kind und alle Angehörigen meines Hausstandes

1. keine Krankheitssymptome für COVID-19 aufweisen,
2. nicht in Kontakt zu infizierten Personen stehen oder seit dem Kontakt mit infizierten Personen 14 Tage vergangen sind und
3. nicht in Quarantäne sind bzw. unter Schutzmaßnahmen bei Ein- und Rückreise stehen.

Ort

Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten

Die Anmeldung bitte bis zum 26.06. in den Briefkasten am Rat- und Bürgerhaus (Frankfurter Str. 33 - 37) einwerfen, oder per Mail an ferienspiele@kriftel.de senden.

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Gemeinde Kriftel die fälligen Beiträge für die Ferienspiele 2020 zzgl. des Versicherungsbeitrages von meinem/unserem Konto abzubuchen. Diese Ermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.

DE ____|____|____|____|____|____
IBAN

Kreditinstitut & BIC

Name

BIC

Ort

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.