HOCHSCHULSPORT HAMBURG

FERIENCAMP
SPORT, SPIEL, SPASS & BEWEGUNG

– Bitte pro Kind eine Anmeldung und Überweisung! –

Anmeldung & Einverständniserklärung

Hiermit melde ich mein Kind

(Name)	(Vorname)

verbindlich für das **FerienCamp 2019** an.

Geburtsdatum:		
Wohnanschrift:		
E-Mail-Kontakt:		
Sorgeberechtigte_r: (Name, Vorname)	1)	☎
	2)	☎

Vater / Mutter / Großmutter / Großvater /…… (nichtzutreffendes streichen, ggf. ergänzen) ist

❑ studiert an einer Mitgliedshochschule des Hochschulsports , Matrikel-Nr.: _

❑ ist beschäftigt an einer Mitgliedshochschule des Hochschulsports Fakultät / Bereich: _

Tel: Nr.

Zusätzliche Ansprech-Person für den Notfall **(bitte UNBEDINGT angeben!)**	Name + Adresse:	☎

Krankenkasse	Name der Kasse:	
	versichert über:	
Letzte Tetanus-Impfung am:		
Hausarzt /-ärztin:		
Besonderheiten (chronische Erkrankungen, Allergien und Unverträglichkeiten, Ess-Gewohnheiten, Medikamenten-Einnahme, körperliche Beeinträchtigungen u. ä.) – und was Sie sonst noch wissen sollten…		

HOCHSCHULSPORT HAMBURG

FERIENCAMP

SPORT, SPIEL, SPASS & BEWEGUNG

zu meinem Kind_____(Name, Vorname)

Mein Kind darf täglich nach Beendigung des FerienCamps den Campus allein verlassen.	❑ ja	❑ nein
Mein Kind darf zusammen mit den Betreuer_innen das Universitätsgelände für ausgewählte Angebote im Rahmen des Camps verlassen.	❑ ja	❑ nein
Für mein Kind besteht eine - Haftpflichtversicherung - Unfallversicherung	 ❑ ja ❑ ja	 ❑ nein ❑ nein
Mein Kind benötigt eine Früh- (ab 8:00 Uhr) und/oder Spätbetreuung (bis 16:00 Uhr).	❑ früh – außer am _____ ❑ spät – außer am _____	
Ich habe noch folgende zusätzliche Anmerkungen:		

Das FerienCamp ist eine öffentliche Veranstaltung. Fotos und Video-Ausschnitte können zur Dokumentation und für die Öffentlichkeitsarbeit des Hochschulsports verwendet werden. Ich stimme der Verwendung zu. ❑ ja ❑ nein

❑	Ich habe Interesse an Informationen zu weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten des Hochschulsports.
❑	Ich möchte in die Mailingliste des Elternnetzwerkes des Hochschulsport aufgenommen werden.

Ort, Datum	
Unterschrift Sorgeberechtigte_r	