

Stadtrandfreizeit vom 27. Juli bis 03. August 2026 in Saarbrücken – Brebach

Medizinische Angaben / Persönliche Angaben / Befugnisse

Name des Kindes: _____

Name der Eltern / Personensorgeberechtigte/n: _____

Angaben zum Kind:

Krankenkasse und Versicherungs-Nr. _____ versichert über: _____

Vegetarier/in: nein ja

Allergien oder Unverträglichkeiten: nein

ja, folgende:

(bitte genaue Bezeichnung) _____

Mein / Unser Kind hat folgende **gesundheitliche Beeinträchtigungen** (z.B. Asthma, Herzfehler...):

regelmäßige **Medikamenteneinnahme** erforderlich: nein

ja, folgende:

*Falls eine regelmäßige Medikamenteneinnahme erforderlich ist, benötigen wir **vor Beginn der Stadtrandfreizeit** weitere Angaben. Sprechen Sie uns bitte rechtzeitig an!*

Name und Anschrift des **Haus-/ Kinderarztes**:

Mein / Unser Kind darf im Falle einer Verletzung mit Pflastern versorgt werden: ja nein

Mein/Unser Kind ist Schwimmer/in schwimmt noch unsicher

ist Nichtschwimmer/in

hat folgendes Schwimmbzeichen: _____ hat kein Schwimmbzeichen

darf am gemeinsamen Baden im Hallenbad / Freibad teilnehmen nicht teilnehmen.

Einwilligung zu Foto- und Filmaufnahmen

Mit meiner / unserer Unterschrift erkläre ich / erklären wir uns damit

- einverstanden,
- nicht einverstanden,

dass während der Stadtrandfreizeit von den Verantwortlichen **Foto- und Filmaufnahmen** von meinem / unserem Kind gemacht werden, die ausschließlich dem Zweck dienen, diese den jeweiligen Eltern bzw. Personensorgeberechtigten der TeilnehmerInnen der Stadtrandfreizeit zur Verfügung zu stellen.

Wir verpflichten uns, Fotos, auf denen andere Kinder als unser eigenes Kind zu sehen sind, **nicht an Dritte weiter zugeben oder in digitaler Form weiterzuverarbeiten oder zu veröffentlichen** (z .B. im Internet oder in sozialen Medien (z.B. instagram, facebook) etc.).

Ort / Datum

Unterschrift Eltern / Erziehungs-/Personensorgeberechtigte

Mit meiner / unserer Unterschrift erkläre ich / erklären wir

... mich / uns damit einverstanden, dass die Betreuungspersonen im Falle einer **Erkrankung** bzw. Verletzung medizinische Behandlungsmaßnahmen für mein / unser Kind veranlassen (Vorstellung beim Arzt, Verabreichung von Medikamenten auf ärztlichen Rat), sofern wir vorher telefonisch nicht erreichbar sind.

... dass ich mein / wir unser Kind auf die Gefahr von **Zecken** nach einem Aufenthalt im Wald und auf Wiesen hingewiesen haben. Mein / Unser Kind weiß, dass es den eigenen Körper selbst untersuchen und sich bei der Entdeckung einer Zecke sofort bei den Betreuungspersonen melden soll.

... dass mein / unser Kind (z.B. zum Zwecke von **Fahrgemeinschaften oder Mitfahrgelegenheiten**) auch von nachfolgend namentlich benannten Eltern / Sorgeberechtigten abgeholt bzw. mitgenommen werden darf:

Bemerkungen / Sonstiges:

Ort / Datum

Unterschrift Eltern / Erziehungs-/Personensorgeberechtigte

Kuchenspenden

Name: _____

Ich kann einen Kuchen (z.B. Obstkuchen/Muffins/Torte/Sonstiges) _____
spenden:

- Montag (27.07.)
- Dienstag
- Mittwoch
- Donnerstag
- Freitag
- Samstag
- Sonntag (Elternnachmittag)

Obstspenden

Name: _____

Ich kann Obst (z.B. Bananen/Äpfel/Nektarinen/Sonstiges) _____
spenden:

- Montag (27.07.)
- Dienstag
- Mittwoch
- Donnerstag
- Freitag
- Samstag

Anmeldung zur Stadtrandfreizeit vom 27. Juli - 03. August 2026

Je von 9 - 18 Uhr (Montag 03. August nur bis 15 Uhr!) Teilnahmegebühr 65 Euro

Hiermit melde ich mein Kind verbindlich zur Stadtrandfreizeit der Katholischen Pfarrei St. Martin Saarbrücken an:

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Straße, Postleitzahl, Wohnort

Name, Vorname der / des Personensorgeberechtigten

Telefon-Nummern (Festnetz privat / Dienstlich / Mobil ...)

Email-Adressen

Ort, Datum, Unterschrift des / der Personensorgeberechtigten

Anmeldung zur Stadtrandfreizeit vom 27. Juli - 03. August 2026

Je von 9 - 18 Uhr (Montag 03. August nur bis 15 Uhr!) Teilnahmegebühr 65 Euro

Hiermit melde ich mein Kind verbindlich zur Stadtrandfreizeit der Katholischen Pfarrei St. Martin Saarbrücken an:

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Straße, Postleitzahl, Wohnort

Name, Vorname der / des Personensorgeberechtigten

Telefon-Nummern (Festnetz privat / Dienstlich / Mobil ...)

Email-Adressen

Ort, Datum, Unterschrift des / der Personensorgeberechtigten