

Rückmeldungen für das Notfallmanagement der Evang. Jugend im Dekanat Fürstenfeldbruck

(Die Informationen auf diesem Blatt werden vertraulich behandelt und nach Beendigung der Maßnahme fachgerecht vernichtet (entsprechend der DSGVO)).



Name, Vorname (des/der Teilnehmer:In)

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Nummer)

(Postleitzahl, Ort)

nimmt an

teil.

Gruppe (falls vorh.):

Daten der Eltern:

Elternteil 1:

Anschrift (bei Abweichung von der des Kindes):

(Postleitzahl, Ort)

Telefon privat:

Telefon tagsüber:

Mobiltelefon:

Elternteil 2:

Anschrift (bei Abweichung von der des Kindes):

(Postleitzahl, Ort)

Telefon privat:

Telefon tagsüber:

Mobiltelefon:

Bei getrenntem Sorgerecht, Sorgeberechtigte:n einkreisen
Bitte informieren Sie uns bei schwierigen Familiensituationen/Trennung

Mögl. Unterbringung, falls eine vorzeitige Rückreise erforderlich ist und die Eltern nicht zu erreichen sind:

bei:

B a m V orname

Beziehung:

(z . B . O m a , O n k e l . . .)

Anschrift

Telefonnummer

Informationen zur Krankenkasse:

gesetzlich versichert

privat versichert

Name der Krankenkasse:

Allergien:

Wir erkennen mit der Unterschrift die jeweils geltenden Regeln des Infektionsschutzgesetzes an und sind damit einverstanden, dass diese angewendet werden. Dies beinhaltet ggf. auch die Testung auf Infektionen.

, den

Ort und Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten