

## Anmeldung Camps für Kinder und Jugendliche

**Ich / wir melden unseren Sohn / unsere Tochter für das folgende Kovive-Camp an:**

Camp-Titel	2. Wahl
von	bis

### Wie haben Sie von Kovive erfahren?

- war bereits Kovive-Gast     Medien     Internet     Beratungsstelle     Schule  
 Bekannte     weitere: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Kind / Jugendlichen

Name / Vorname	_____	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"><h2>Foto</h2><p>(Ausdruck aus dem Computer auch möglich)</p></div>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	
Geburtsdatum	_____	
Nationalität	_____	
In der Schweiz seit	_____	
wohnt	<input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> bei der Mutter <input type="checkbox"/> beim Vater <input type="checkbox"/> bei Pflegeeltern <input type="checkbox"/> im Heim	
Im gleichen Haushalt lebende Personen	Erwachsene _____ Kinder _____	
Schule/Klasse	_____	
Besondere Essgewohnheiten	_____	

### Adresse der / des Erziehungsberechtigten

Der / die Erziehungsberechtigte/n ist / sind während des Campaufenthaltes unter nachstehender Adresse erreichbar:

Name / Vorname	_____
Strasse / PLZ / Ort	_____
Telefon	_____ Mobile _____
E-Mail	_____

### Bei Abwesenheit der / des Erziehungsberechtigten ist im Notfall folgende Person zu kontaktieren

Name / Vorname	_____
Strasse / PLZ / Ort	_____
Telefon	_____ Mobile _____

### Rechnungsadresse

Institution	_____
Kontaktperson	_____
Strasse / PLZ / Ort	_____
Telefon	_____ Mobile _____
E-Mail	_____

### Hausarzt

Name und Adresse	_____
Telefon-Nr.	_____

## Versicherungen

Die Versicherungen (Krankheit / Unfall / Haftpflicht) sind Sache des/der Erziehungsberechtigten.

Krankenkasse	Name: _____	Versicherungs-Nr.: _____
Unfallversicherung	Name: _____	Versicherungs-Nr.: _____
Haftpflichtversich.	Name: _____	Policen-Nr.: _____

## Medizinisches (Impfausweis: Bitte schicken Sie uns eine Kopie davon)

Ihr Kind hat folgende Krankheit oder Allergie / Unverträglichkeit: \_\_\_\_\_

Braucht Ihr Kind Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Einnahmевorschriften?  
(genaue Dosierung und Einnahmezeit) \_\_\_\_\_

**Die Medikamente werden anhand der angegebenen Einnahmевorschriften dem Kind durch die Betreuenden abgegeben.**

## Weitere Angaben zu Ihrem Kind

Wie gut schwimmt Ihr Kind?  sicher und gut  noch unsicher  gar nicht

Wie gut fährt Ihr Kind Fahrrad?  sicher und gut  noch unsicher  gar nicht

Hat Ihr Kind Höhenangst?  ja  nein

Wie selbständig ist Ihr Kind im Alltag?  sehr selbständig  braucht etwas Unterstützung  braucht viel Unterstützung

Teilen Sie uns bitte mit, welche Punkte auf Ihr Kind zutreffen sowie weitere wichtige Informationen.

Heimweh  Ängste  Bettnässen  ADS/ADHS  Brillenträger  Zahnsperre

andere: \_\_\_\_\_

## Öffentlichkeitsarbeit

Dürfen Fotos und Videos, welche während unseren Camps gemacht werden und auf denen Ihr Kind zu sehen ist, für Kommunikationsmassnahmen von Kovive sowie der Projektpartner des Camps verwendet werden?

ja  nein

## Unterlagen zum Einreichen

Bitte senden Sie mit dieser Anmeldung Ihre letzte detaillierte Steuerveranlagung sowie falls vorhanden die amtliche Bestätigung / Verfügung bezüglich wirtschaftlicher Sozialhilfe oder AHV- / IV-Ergänzungsleistungen sowie die Kopie des Impfausweises.

Nur vollständig ausgefüllte Anmeldungen inkl. verlangter Beilagen werden bearbeitet. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

**Ich/wir bestätige/n, die Teilnahmebedingungen zur Kenntnis genommen und alle Angaben vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.**

Ort und Datum

Unterschrift/en des/der Erziehungsberechtigten