

# Anmeldung



Hiermit melde ich  meine Tochter /  meinen Sohn für das Ferienlager der Kolpingjugend Rhynern an. Dieses findet vom 02.08.-15.08.2026 in Niedersfeld statt.

Vorname, Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes (tt/mm/jj): \_\_\_\_\_

Name des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

E-Mail des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Adresse: Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon: Festnetz \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_

Wie können wir Sie während des Lagers im Notfall erreichen? \_\_\_\_\_

Evtl. Ansprechpartner/in bei Abwesenheit: \_\_\_\_\_

Sie sind Mitglied im Kolping? – wenn ja, Ihre Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

---

**Bitte ergänzen Sie, falls nötig, folgende Informationen über Ihr Kind:**

**Krankheit(en):** \_\_\_\_\_

**Allergien:** \_\_\_\_\_

**Medikamenteneinnahme:** s. Formular, Seite 3

**Besondere Essgewohnheiten:** \_\_\_\_\_

**andere wichtige Angaben (besondere Hilfestellung durch die Betreuer, Bettnässen, Verhaltensauffälligkeiten...):**

---

---

# Anmeldung



Name des Kindes: \_\_\_\_\_

**Mein Kind ist (bitte ankreuzen):**

- Schwimmer** (und darf in öffentlichen Bädern schwimmen)  
 **Nichtschwimmer/unsicherer Schwimmer** (Badeverbot)

**Ich stimme der Nutzung von Fotos meines Kindes zu Zwecken der Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Internetseite, Zeitung, ...) der Kolpingjugend Rhyner zu (bitte ankreuzen):**

- Ja**  
 **Nein**

**Ich stimme der Nutzung von Fotos meines Kindes für den Fotonachmittag des Ferienlagers zu (nicht öffentlich) (bitte ankreuzen):**

- Ja**  
 **Nein**

Nach Möglichkeit versuchen wir, befreundete, gleichaltrige Kinder in der gleichen Gruppe unterzubringen. Hat Ihr Kind dazu Wünsche? :

---

Ich habe mein Kind davon in Kenntnis gesetzt, dass es den Anordnungen der Leiterinnen und Leiter Folge zu leisten hat.

Zudem nehme Ich zur Kenntnis, dass mein Kind bei wiederholter grober Widersetzlichkeit auf eigene Kosten nach Hause geschickt werden kann. Eine Erstattung des Teilnahmebeitrages erfolgt in diesem Fall nicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Kind an bestimmten Unternehmungen in Kleingruppen (ab drei Personen) ohne Aufsichtsperson (Rallye, Freizeitpark, etc.) teilnehmen darf.

Ich bin damit einverstanden, dass ärztliche Maßnahmen (z.B. lebensrettende operative Eingriffe, Schutzimpfungen, Röntgenuntersuchungen, ambulante oder stationäre Behandlungen im Krankenhaus, etc.), die vom hinzugezogenen Arzt für dringend erforderlich erachtet werden, bei meinem Kind im gegebenen Fall vorgenommen werden. Natürlich werden die Erziehungsberechtigten so bald wie möglich von der Lagerleitung informiert.

Außerdem bin Ich damit einverstanden, dass kleinere ersthelfende Maßnahmen (z.B. Pflaster aufkleben, desinfizieren kleinerer Wunden, entfernen von Zecken, etc...) von Betreuerinnen und Betreuern durchgeführt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass Besuche während des Ferienlagers seitens der Lagerleitung unerwünscht sind, da sie den geregelten Lagerablauf extrem stören können. Besuche sollten nur in Notfällen und unter vorheriger Absprache mit der Lagerleitung stattfinden.

# Anmeldung



## **Hinweis zum Datenschutz:**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Speicherung der angegebenen Daten zum Zwecke der Veranstaltung.

Personenbezogene Daten sind lediglich der Lagerleitung zugänglich und werden sicher aufbewahrt.

---

Ort, Datum und Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Für den Fall, dass Ihr Kind Medikamente einnehmen muss – bitte ausfüllen:

## Medikamentengabe bei Maßnahmen der Jugendorganisationen

Name des Kindes: Vorname: Geburtstag:

---

### Medikament

1.

2.

3.

Name des Medikaments

Name des Medikaments

Name des Medikaments

Morgens

Uhrzeit:

Uhrzeit:

Uhrzeit:

Dosierung:

Dosierung:

Dosierung:

Mittags

Uhrzeit:

Uhrzeit:

Uhrzeit:

Dosierung:

Dosierung:

Dosierung:

Abends

Uhrzeit:

Uhrzeit:

Uhrzeit:

Dosierung:

Dosierung:

Dosierung:

Bemerkung/  
Dauer der Einnahme

## Ermächtigung zur Medikamentengabe

Hiermit ermächtige/n ich/wir

---

Name der Eltern/Sorgeberechtigten

die Jugendorganisation

---

Name der Jugendorganisation, Ort

und deren Leiter-/Betreuer\*innen

---

Name, Vorname

Name, Vorname (Ersatzbetreuer\*in)

meinem/unserem Kind

---

Name des Kindes/ Jugendlichen

die o.g. Medikamente zu den gegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/ Sorgeberechtigten

Anmeldeformular bitte ausdrucken, ausfüllen und an eine der folgenden Adresse senden:

Lukas Tillmann  
Im Rosengarten 14  
59069 Hamm

Franziska Ringkamp  
Winzerstraße 18  
59069 Hamm