

Liberales Jugendwerk Aachen e.V.

c/o Jerome Fux

Schenkendorfstr. 19

52066 Aachen

info@ljw-aachen.de



Liberales Jugendwerk Aachen e.V.

Schenkendorfstr. 19

52066 Aachen

016096710755

Info@ljw-aachen.de

ANMELDUNG – Jugendfreizeit Prüm

vom Sa. 06.Juli. bis zum Sa. 20. Juli 2024

Hiermit melde ich/wir nachstehende Person verbindlich zum o.g. Jugendfreizeit des Liberalen Jugendwerks Aachen e.V. an.

_____ O m./ O w./ O d.
Name Vorname

Straße und Nummer

_____ PLZ Wohnort Land

_____. _____. _____ (140/ 156/ 164/ S/ M/ L/ XL/ XXL/3XL)
Geburtsdatum T-Shirt-Größe

Die/der Jugendliche kann schwimmen: O Ja / O Nein / O _____



Liberales Jugendwerk Aachen e.V.

Schenkendorfstr. 19

52066 Aachen

016096710755

Info@ljw-aachen.de

Kontaktadresse / Kontakt-Person(en):

Name

Vorname

Telefonnummer, + Mobil Nummer

Email

Eventuell abweichende Anschrift

Notfallkontakte:

Während der Dauer der Freizeit sind wir oder weitere

Ansprechpartner*innen unter folgenden Telefonnummern +Mail erreichbar:

	Notfall Kontakt 1	Notfall Kontakt 2	Notfall Kontakt 3
Name:			
Bezug: (Mutter/Vater/Onkel...)			
Mobil Nr.			
E-Mail:			
Hinweise:			



Liberales Jugendwerk Aachen e.V.

Schenkendorfstr. 19

52066 Aachen

016096710755

Info@ljw-aachen.de

Weitere persönliche Angaben:

Mein Kind muss regelmäßig (täglich/wöchentlich) Medikamente einnehmen:

Nein / Ja, welche und wann: _____

(Hinweis: Bitte geben Sie ALLE Medikamente, die ihr Kind einnehmen darf, an das Betreuerteam ab, um andere Kinder zu schützen)

Mein Kind ist gegen Folgendes allergisch: _____

Dem/der Teilnehmer*in dürfen, sofern Beschwerden vorliegen, in der Jugendfreizeit folgende Medikamente gegeben werden:

Nein / Ja, alle / Ja, aber nur folgende:

Buscopan / Paracetamol / Ibuprofen / ACC Hustenlöser / Dolo-Dobendan Direkt / Sinupret / Gelomyrtol

Hinweise dazu: _____

(Bitte zugelassene Medikamente ankreuzen oder unerwünschte deutlich durchstreichen, falls einzelne Medikamente nicht erwünscht sind)

Mein Kind befindet sich wegen folgender Krankheiten/ Störungen in ständiger ärztlicher Behandlung:

Nein / Ja, welche:

Hinweise zu: Besondere Erlaubnis/Einschränkung, Essgewohnheit (Vegetarier/ Allergie gegen/Kein Schwein...),

(Wir behalten uns bei außergewöhnlichen Anfragen vor Sie zu kontaktieren und über die Durchführbarkeit Ihrer Wünsche zu sprechen)

Weitere wichtige Hinweise: _____

Wenn Freude/ Bekannte mitfahren, ggf. Wunschnachbar*in: _____

