

Anmeldung für TeilnehmerIn mit/ ohne Behinderung

Bitte füllen sie das komplette Formular gewissenhaft aus.
Vielen Dank! Entsprechendes ankreuzen bzw. Nichtzutreffendes bitte streichen.

Hiermit melde ich mich / melden wir unsere Tochter / unseren Sohn verbindlich an:

Name / Vorname erste Teilnahme? ja
Freizeit Nr. Ort Termin T-Shirt-Größe
Geburtsdatum Alter Jahre vegetarische Kost: ja nein
Straße PLZ Ort
Handy-Nr. E-Mail
besucht die DFS bzw. andere KBF-Einrichtung
KBF-Wohnort/Adresse

Name der Eltern/Erziehungsberechtigten bzw. des gesetzlichen Betreuers: (falls abweichend)

Name / Vorname
Straße PLZ Ort
Telefon KBF Mitglied: ja nein
TeilnehmerIn Mensch mit Behinderung: ja nein
Rollstuhl: ja nein Anfälle: ja nein
Medizinische Diagnosen:
Pflegebedürftigkeit liegt vor: ja nein
Pflegegrad **1** **2** **3** **4** **5** bzw. **E** Entlastungsbetrag nach § 45 b SGB XI

Name / Anschrift der Pflegekasse:

Straße PLZ Ort
Im laufenden Kalenderjahr wurden bereits Leistungen der Verhinderungspflege in Anspruch genommen:
nein ja in Höhe von €

Wenn die Pflegekasse/Krankenkasse den Rechnungsbetrag nicht bzw. nur teilweise übernimmt, hat der/die TeilnehmerIn bzw. haben wir die Kosten zu tragen. Die genannten Teilnahme-Bedingungen (AGB) erkenne ich an. Am Vortreffen nehme ich teil.

Mit der Veröffentlichung meiner Bilder in den KBF-Medien bin ich einverstanden: nein ja

Nichtzutreffendes bitte streichen
TeilnehmerIn / Erziehungsberechtigte(r) / Gesetzl. BetreuerIn

Datum Rechtsverbindliche Unterschrift: