**Anmeldung zum Oster-Camp von Sonntag, 25.03. – Donnerstag, 29.03.2018**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |  |
| Straße / Hausnummer: |  |
| PLZ / Ort |  |
| Mobilnummmer der Eltern für den Notfall: |  |
|  |  |
| Name des Kindes: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Ist Ihr Kind blind / sehbehindert? |  |
|  |  |
| Braucht Ihr Kind Unterstützung bei den Mahlzeiten? |  |
| Wenn ja, bei welchen Tätigkeiten (Gericht klein schneiden, Brot schmieren etc.) |  |
| Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? |  |
| Wenn ja, benötigt es hierbei Unterstützung? |  |
| Kann sich Ihr Kind alleine anziehen? |  |
| Braucht Ihr Kind Unterstützung beim Duschen (Haare waschen, föhnen, etc.)? |  |
| Sind Sie damit einverstanden, dass Ihr Kind fotografiert wird und die Aufnahmen in den BBSB-Medien veröffentlicht werden? |  |

…………………………………………………………………………….

Unterschrift des Erziehungsberechtigten