

WUNDVERSORGUNG 2025

 (Bitte für jedes Kind ein Formular komplett ausfüllen)

Vereinsmitglied bei der Kinder- und Jugendfarm Weillimdorf e.V.: Ja Nein

Pro Kalenderjahr ist ein Versicherungsbeitrag von 6€ pro Kind fällig (bitte in bar). Bei Vereinsmitgliedern ist dieser bereits in dem Mitgliedsbeitrag enthalten.

Kind: Nachname: _____ **Vorname:** _____ **Geb.:** _____

Straße: _____ **PLZ, Wohnort:** _____

Schule: _____ **Schuljahr der Einschulung:** _____

Erziehungsberechtigte: Telefon 1: _____ **Telefon 2:** _____

E-Mail (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!): _____
(sie erhalten dann Infos zu unserem Programm per E-Mail)

Notfalltelefon (tagsüber erreichbar): _____ **Tel. geschäftlich:** _____

Bei meinem Kind darf von Mitarbeiter*innen der JuFa folgende Behandlung vorgenommen werden (bitte ankreuzen):

- Pflaster und Verband Wunddesinfektion (octenisept® Spay) Verbrennungen (octenisept® Gel)
 Zecken entfernen (Falls nicht einverstanden, muss das Kind bei Zeckenbiss umgehend abgeholt werden!)

ODER

Bei meinem Kind darf **keine Wundversorgung** geleistet werden. Im Fall einer Verletzung trage ich dafür Sorge, dass mein Kind **umgehend** abgeholt wird.

Bekannte Allergien: _____

Von meinem Kind dürfen **Bilder** auf der Homepage der Jugendfarm (ohne Namen) und bei Artikeln der Jugendfarm in der lokalen Zeitung veröffentlicht werden: JA NEIN

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten



WUNDVERSORGUNG 2025

 (Bitte für jedes Kind ein Formular komplett ausfüllen)

Vereinsmitglied bei der Kinder- und Jugendfarm Weillimdorf e.V.: Ja Nein

Pro Kalenderjahr ist ein Versicherungsbeitrag von 6€ pro Kind fällig (bitte in bar). Bei Vereinsmitgliedern ist dieser bereits in dem Mitgliedsbeitrag enthalten.

Kind: Nachname: _____ **Vorname:** _____ **Geb.:** _____

Straße: _____ **PLZ, Wohnort:** _____

Schule: _____ **Schuljahr der Einschulung:** _____

Erziehungsberechtigte: Telefon 1: _____ **Telefon 2:** _____

E-Mail (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!): _____
(sie erhalten dann Infos zu unserem Programm per E-Mail)

Notfalltelefon (tagsüber erreichbar): _____ **Tel. geschäftlich:** _____

Bei meinem Kind darf von Mitarbeiter*innen der JuFa folgende Behandlung vorgenommen werden (bitte ankreuzen):

- Pflaster und Verband Wunddesinfektion (octenisept® Spay) Verbrennungen (octenisept® Gel)
 Zecken entfernen (Falls nicht einverstanden, muss das Kind bei Zeckenbiss umgehend abgeholt werden!)

ODER

Bei meinem Kind darf **keine Wundversorgung** geleistet werden. Im Fall einer Verletzung trage ich dafür Sorge, dass mein Kind **umgehend** abgeholt wird.

Bekannte Allergien: _____

Von meinem Kind dürfen **Bilder** auf der Homepage der Jugendfarm (ohne Namen) und bei Artikeln der Jugendfarm in der lokalen Zeitung veröffentlicht werden: JA NEIN

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

