



Registrierungs-Bogen für Kinder

Datum:

Nachname (Kind):.....

Dieser Bogen muss von den Eltern oder dem Erziehungsberechtigten des oben genannten Kindes ausgefüllt werden

Name, Vorname (Kind):

Geburtsdatum:

Alter:

Geschlecht: M/F

Eltern /Erziehungsberechtigter Name:

Mitglieds Nummer:.....

Adresse:

Postleitzahl: Tel: Handynummer:

Muttersprache:

Wichtige Dinge (z.B. Kuscheltier, Schnuffeltuch usw.):

Name und Adresse vom zuständigen Kinderarzt:

.....

Im Notfall zu kontaktieren:

(Diese Nummer muss eine Festnetz-Nummer sein und kann durch eine Handy-Nummer ergänzt werden)

Name: Verhältnis zum Kind:

Tel: Handy:

Gibt es eine andere erwachsene Person, die eine Berechtigung hat Ihr Kind aus dem Asprini abzuholen? Wenn ja, wen?.....

Um Ihr Kind, auf Ihren Wunsch einer anderen Person in Obhut zu geben, benötigt das Kids-Team eine schriftliche Vollmacht sowie den vollständigen Namen der jeweiligen Person und einen gültigen Personalausweis (Kopie).



Ist Ihr Kind, an den unten aufgeführten Punkten einmalig oder wiederholt erkrankt?:

	Ja	Nein
Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma oder andere Atemprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige Kopfschmerzen oder Schwindel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsstörungen der Skelettmuskulatur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kürzliche Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Verletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthritis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen bei sportlichen Bewegungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?.....		
Eine derzeitige Einnahme von Medikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?.....		
Lebensmittel-Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, gegen was?		
Chronische Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Hat der behandelnde Kinderarzt Ihnen geraten, dass Ihr Kind keinen Sport machen sollte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche sportlichen Aktivitäten darf es nicht ausüben?		
Treibt Ihr Kind regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welchen Sport und wie oft?		



Ja

Nein

Bevollmächtigung für Notfallbehandlung:

Ich (Eltern oder Erziehungsberechtigter) bevollmächtige die Mitarbeiter von Aspria, notfallmedizinische Behandlungen durch das örtliche Krankenhaus einzuleiten. Wenn notwendig, darf ein Mitarbeiter von Aspria jegliche Einwilligungsformulare, die vom Krankenhaus (Arzt und/oder Chirurgen) verlangt werden, unterschreiben, wenn eine Verzögerung entsteht, meine eigene Unterschrift zu bekommen.

Einwilligung zum Auftragen von Sonnencreme:

Ich (Eltern oder Erziehungsberechtigter) bevollmächtige die Mitarbeiter von Aspria, dass sie meinem Kind dabei helfen Sonnencreme aufzutragen welche ich bereitstellen werde, wenn mein Kind an Aktivitäten teilnimmt, die im Freien stattfinden. Sollte Ihr Kind gegen Sonnencreme oder gegen Inhaltsstoffe in der Sonnencreme allergisch sein, bitte auflisten.

Einwilligung zur Foto- und Video-Aufnahme:

Ich (Eltern oder Erziehungsberechtigter) bevollmächtig die Mitarbeiter von Aspria dazu, Foto und/oder Video Aufnahmen von meinem Kind, ausschließlich für Werbezwecke, zu machen. Ich verstehe, dass diese Bilder dazu genutzt werden, die Angebote der Kinder-Aktivitäten zu bewerben und zu keinem anderen Zweck genutzt werden.

Ich (Eltern oder Erziehungsberechtigter) habe das Recht, dieses Privileg schriftlich bei dem Sports & Activity Manager zu widerrufen. (Bitte beachten Sie, dass wenn Sie diese Frage mit „nein“ beantwortet haben, Ihr Kind ohne Ihre vorherige Genehmigung auf keinem Bild zu sehen sein wird.)

Wünsche/Anregungen:

Danke, dass Sie sich Zeit genommen haben diesen Bogen auszufüllen.

Ich (Eltern oder Erziehungsberechtigter) des Kindes oben genannten Kindes gebe an, dass alle Informationen auf diesem Bogen wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen angegeben sind. Ich erlaube, dass mein Kind an Aspria Aktivitäten teilnehmen darf und erkenne die Regeln von Aspria vollständig an.

Name (bitte in Druckbuchstaben).....

Datum

Unterschrift