

Anmeldeformular und Einwilligungserklärung Abenteuerspielplatz der Stadt Düren

Name: _____

Vorname: _____

Telefon: _____
(notwendige Angabe, falls wir Erziehungsberechtigte erreichen müssen)

Mein Kind darf den Platz alleine verlassen:

Ja

Nein

Geburtstag: _____

Geschwisterkind? Wenn ja, Name: _____

Liegen **gesundheitliche Einschränkungen** wie Epilepsie, Asthma, Allergien, Herzprobleme, geistige Behinderungen oder sonstige Erkrankungen vor? Wir bitten um Absprache mit der Platzleitung!

Einschränkung: _____

Absprache erfolgt: _____

Medikament erforderlich: _____

Freiwillige Angaben, falls Sie Informationen über den Platz erhalten wollen:

Straße: _____

Ort mit Postleitzahl: _____

E-Mail-Adresse: _____

Es wird von Zeit zu Zeit über den Abenteuerspielplatz in der Lokalpresse oder auf www.dueren.de berichtet. Mein Kind darf bei solchen **Gelegenheiten fotografiert** werden:

Ja

Nein

Datum, Unterschrift: _____

