

Datenblatt Ferienanmeldung**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- ☐ Audit (= Kinder städtischer Mitarbeiter*innen (Dienststelle und Tel.Nr.)
- ☐ Ich/Wir beziehe/n Leistungen nach dem Bildungs- und Teilhabegesetz
(bitte unbedingt einen gültigen Bescheid mitschicken.)

BG-/WOG-Nr. eintragen

Namen des/der Erziehungsberechtigten

Telefon _____ Handy _____ weitere Rufnummer _____
Eine der angegebenen Rufnummern muss während der Kurszeit erreichbar sein !!!

Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____

E-Mail _____

Bitte Stadtteil ankreuzen:

- ☐ Nilkheim ☐ Stadtmitte ☐ Schweinheim ☐ Damm ☐ Obernauer Kolonie
☐ Obernau ☐ Strietwald ☐ Gailbach ☐ Leider ☐ Österreicher Kolonie
☐ Landkreis Aschaffenburg Schulbescheinigung ☐ anbei
☐ Landkreis Miltenberg ☐ wird **umgehend** nachgereicht

Kind 1 | _____ | _____ | _____ | ☐ Junge ☐ Mädchen
 Vorname Nachname (falls abweichend) Geburtsdatum

Liegt eine chronische Krankheit oder Behinderung vor? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welche? _____

Ist eine Medikamenteneingabe während des Programms erforderlich? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welche und wann? _____

Mein Kind ist in der körperlichen Belastbarkeit eingeschränkt. ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, inwiefern? _____

Kind 2 | _____ | _____ | _____ | ☐ Junge ☐ Mädchen
 Vorname Nachname (falls abweichend) Geburtsdatum

Liegt eine chronische Krankheit oder Behinderung vor? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welche? _____

Ist eine Medikamenteneingabe während des Programms erforderlich? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welche und wann? _____

Mein Kind ist in der körperlichen Belastbarkeit eingeschränkt. ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, inwiefern? _____

Kind 3 | _____ | _____ | _____ | ☐ Junge ☐ Mädchen
 Vorname Nachname (falls abweichend) Geburtsdatum

Liegt eine chronische Krankheit oder Behinderung vor? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welche? _____

Ist eine Medikamenteneingabe während des Programms erforderlich? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welche und wann? _____

Mein Kind ist in der körperlichen Belastbarkeit eingeschränkt. ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, inwiefern? _____

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des JUKUZ (siehe Aufwind).

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass das Kind/die Kinder während der Kurse fotografiert wird/werden und diese Fotos für unsere Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden dürfen (keine Einzelfotos).

- ☐ Ich habe/Wir haben die Datenschutzbestimmung zur Speicherung der Daten zur Kenntnis genommen (siehe Homepage).
- ☐ Ich benötige/Wir benötigen am Ende des Jahres eine Bescheinigung über Betreuungskosten für das Finanzamt. **Bitte beachten:** Es werden nur Bescheinigungen verschickt, wenn der Jahresteilnehmerbeitrag mindestens 50 € beträgt.

Anmeldung Zirkus Namenlos - Buchung nur für 1 Woche möglich**Woche 1 - ohne Übernachtung (04.08.-08.08.) - Alter: 7-12 Jahre****Woche 3 - ohne Übernachtung (18.08.-22.08.) - Alter: 7-12 Jahre****Woche 2 - Freizeit mit Übernachtung (10.08.-17.08.) - Alter: 9-19 Jahre****Woche 1 - ohne Übernachtung (04.08.-08.08.)**

Regelprogramm: 09.00-15.00 Uhr

Frühbetreuung ab 08.00 Uhr und Spätbetreuung bis 16.00 Uhr möglich

	Kind 1			Kind 2			Kind 3		
	9-15 Uhr	Früh	Spät	9-15 Uhr	Früh	Spät	9-15 Uhr	Früh	Spät
für Kind/er mit Erst-Wohnsitz Aschaffenburg:	☐ 100 €	☐	☐ 10 €	☐ 75 €	☐	☐ 10 €	☐ 75 €	☐	☐ 10 €
für Kind/er aus Aschaffenburg mit Leistungen nach dem Bildungs- und Teilhabegesetz	☐ 50 €	☐	☐ 5 €	☐ 35 €	☐	☐ 5 €	☐ 35 €	☐	☐ 5 €
für Kind/er aus den Landkreisen (keine Ermäßigung möglich)	☐ 150 €	☐	☐ 10 €	☐ 150 €	☐	☐ 10 €	☐ 150 €	☐	☐ 10 €

Woche 3 - ohne Übernachtung (18.08.-22.08.)

Regelprogramm: 09.00-15.00 Uhr

Frühbetreuung ab 08.00 Uhr und Spätbetreuung bis 16.00 Uhr möglich

	Kind 1			Kind 2			Kind 3		
	9-15 Uhr	Früh	Spät	9-15 Uhr	Früh	Spät	9-15 Uhr	Früh	Spät
für Kind/er mit Erst-Wohnsitz Aschaffenburg:	☐ 100 €	☐	☐ 10 €	☐ 75 €	☐	☐ 10 €	☐ 75 €	☐	☐ 10 €
für Kind/er aus Aschaffenburg mit Leistungen nach dem Bildungs- und Teilhabegesetz	☐ 50 €	☐	☐ 5 €	☐ 35 €	☐	☐ 5 €	☐ 35 €	☐	☐ 5 €
für Kind/er aus den Landkreisen (keine Ermäßigung möglich)	☐ 150 €	☐	☐ 10 €	☐ 150 €	☐	☐ 10 €	☐ 150 €	☐	☐ 10 €

Woche 2 - Freizeit mit Übernachtung (10.08.-17.08.)

	Kind 1			Kind 2			Kind 3		
für Kind/er mit Erst-Wohnsitz Aschaffenburg:	☐ 190 €			☐ 150 €			☐ 150 €		
für Kind/er aus Aschaffenburg mit Leistungen nach dem Bildungs- und Teilhabegesetz	☐ 90 €			☐ 75 €			☐ 75 €		
für Kind/er aus den Landkreisen (keine Ermäßigung möglich)	☐ 250 €			☐ 250 €			☐ 250 €		
Mein Kind ernährt sich vegan	ja ☐	nein ☐		ja ☐	nein ☐		ja ☐	nein ☐	
Lebensmittelunverträglichkeit ?	ja ☐	nein ☐		ja ☐	nein ☐		ja ☐	nein ☐	
wenn ja, welche?									

Name und Anschrift des behandelnden Kinder-/Hausarztes (freiwillige Angabe):

Die Belehrung über den Infektionsschutz (siehe Homepage) habe ich/haben wir gelesen und akzeptiert.

☐

Datum

Unterschrift eines/r Erziehungsberechtigten (bei Anmeldung per Mail auch ohne Unterschrift gültig)