

Einwerfen im Ev. Pfarramt, Pfarrstraße 3  
bis 09. Oktober 2023

## Anmeldeabschnitt für KiBiWo 2023

Hiermit melde ich meine Tochter / meinen Sohn zur KiBiWo

vom **Montag, 30.10.** - **Freitag, 03.11.** an.

**Name:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Mailadresse Eltern:** \_\_\_\_\_

**Telefon für den Notfall:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt + Telefon:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Was gilt es zu beachten:**

---

---

(Allergien, Lebensmittelunverträglichkeiten, Erkrankungen, Medikamenten)

**Mein Kind möchte mit folgendem Kind in einer Gruppe sein:**

(Geschwisterkinder werden grundsätzlich nicht in dieselbe Gruppe eingeteilt)

---

(maximal 2 Namen nennbar - ohne Garantie!)

---

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigten\*:

**\*Einverständniserklärung Fotos und Datenspeicherung:**

Während der Veranstaltung werden Fotos durch Mitarbeitende gemacht, auf denen ggf. auch ihr Kind zu sehen ist.

Einzelne dieser Fotos möchten wir für Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit veröffentlichen (Gemeinde-brief, Mitteilungsblatt, Rundbrief ejw, NICHT im Internet!)

Wir wählen diese Fotos sorgfältig und gewissenhaft aus.

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie die ausdrückliche, jederzeit widerrufliche, ansonsten jedoch unbefristete, Zustimmung zur entsprechenden Verwendung der Bilder, auf denen Ihr Kind abgebildet ist

und die Erlaubnis Ihre Daten zum Zweck der KiBiWo

zu speichern und zu verwenden. (Unzutreffendes bitte durchstreichen)

→ BITTE WENDEN!

## Einverständniserklärung Medizinische Hilfe

Mein/e Kind/er,

---

Hiermit bestätige ich, dass die Mitarbeiter der KiBiWo Magstadt  
2023 meinem/meinen Kind/Kindern:

- Ein Pflaster bei kleinen Schürfwunden, kleinen Verletzungen  
oder auf Wunsch der Kinder aufkleben dürfen
- Ein Kühlpack bei einem blauen Fleck, bei einem ver-  
knacksten Fuß oder auf Wunsch der Kinder auf die be-  
troffene Stelle legen dürfen
- Eine Zecke und ein gut rausziehbarer Spreißel mit ei-  
ner desinfizierten, chirurgischen Pinzette rausziehen  
dürfen. (Unzutreffendes bitte durchstreichen)

Mein/e Kind/er hat folgende Krankheiten/Beschwerden:

---

---

---

---

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

---

Datum