

WUNDVERSORGUNG 2026

 (Bitte für jedes Kind ein Din A5 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)**Weitere Kontaktperson: Telefon:** _____ **Wer:** _____
(falls Erziehungsberechtigte nicht erreichbar) (z.B. Großeltern, Tante, Onkel o.ä.)

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 2026

 (Bitte für jedes Kind ein Din A5 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)**Weitere Kontaktperson: Telefon:** _____ **Wer:** _____
(falls Erziehungsberechtigte nicht erreichbar) (z.B. Großeltern, Tante, Onkel o.ä.)

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