

**Anmeldung / Teilnehmerbogen**  
**SHLV-Trainingsfreizeit Lalandia 2024**  
**20.-26. Oktober 2024**



1. Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_  
PLZ/wohnhaft in: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
Verein: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ T-Shirt-Größe \* \_\_\_\_\_  
(XS, S, M, L, XL, XXL)\*falls Anschaffung erfolgt

2. Erziehungsberechtigte/r:  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Telefon: a) privat: \_\_\_\_\_  
b) dienstl.: \_\_\_\_\_  
c) zu erreichen unter der Tel-Nr.: \_\_\_\_\_  
Anschlussinhaber: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass Name, Wohnort, Verein und unsere Telefonnummer in eine Liste aufgenommen werden, die zwecks Bildung von Fahrgemeinschaften an die übrigen Teilnehmer/innen weitergegeben wird.

3. Krankenkasse, Krankenversicherung:  
genaue Bezeichnung: \_\_\_\_\_  
Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_  
Mitglieder: \_\_\_\_\_

4. Es besteht eine / keine Privathaftpflichtversicherung (zur eventuellen Regulierung von Sachschäden)  
Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

5. Baderlaubnis:  
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein/e Sohn/Tochter  
\_\_\_\_\_ am Baden im Hallen-/Freibad bzw. an  
zugelassenen Badestränden teilnimmt.  
Er/Sie ist Nichtschwimmer / Schwimmer  
Nähere Angaben über den Schwimmschein: \_\_\_\_\_  
Er/Sie leidet nicht an gesundheitlichen Schäden, die das Baden verbieten  
(z.B. Trommelfellverletzungen, Herz- oder Kreislaufstörungen)

6. Erkrankungen (auch evtl. Allergien o.a.) **bitte unbedingt angeben:**  
\_\_\_\_\_

7. Tetanusimpfung  
Mein Kind hat  noch keine Tetanusspritze erhalten,  
 eine Tetanusspritze erhalten, zuletzt am: \_\_\_\_\_  
 eine Tetanusspritze vor mehr als 5 Jahren erhalten

8. Medikamenteneinnahme:  
Mein/e Sohn/Tochter \_\_\_\_\_ benötigt keine (Dauer-)medikamente,  
wenn ja, folgende: \_\_\_\_\_

9. Sollte ich nicht erreichbar sein, so ermächtige ich hiermit die eingesetzten Begleitkräfte, in unaufschiebbare ärztliche Eingriffe dem Krankenhaus gegenüber einzuwilligen.

10. Mein Kind möchte vegetarisch essen  nein  ja  
 hat eine Lebensmittelallergie/Nahrungsmittelunverträglichkeit  
gegen \_\_\_\_\_

11. Ich nehme zur Kenntnis, dass mein Kind bei vorsätzlichen groben Verstößen gegen die allgemeinen Abmachungen auf meine Kosten unter Aufsicht nach Hause geschickt werden kann.

12. **Datenschutz:** Die personenbezogenen Daten werden zu Zwecken der Durchführung und Abwicklung verarbeitet, gespeichert und an die Betreuer weitergegeben. Mit der Teilnahme akzeptiere ich, dass im Rahmen der Trainingsfreizeit Bilder/Videos zur Berichterstattung erstellt und veröffentlicht werden dürfen.

13. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass es keine Rücktrittsmöglichkeit gibt. (Wir empfehlen den Abschluss einer privaten Reiserücktrittsversicherung.)

Wunsch für Zimmerbelegung:  
Mein/e Sohn/Tochter möchte möglichst in ein Haus zusammen mit:

\_\_\_\_\_  
Ich habe das Schreiben in allen Punkten zur Kenntnis genommen und die Einverständniserklärung gemäß meinen Vermerken inhaltlich akzeptiert.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Ort, Datum), (Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)  
Bitte zurück an die SHLV - Geschäftsstelle, Winterbeker Weg 49, 24114 Kiel, E-Mail: [erika.zabel@shlv.de](mailto:erika.zabel@shlv.de). Die Teilnehmergebühr von **Euro 300,--** bitte erst nach erfolgter schriftlicher Teilnahme-Bestätigung **bis zum 15.09.2024** auf das Konto des SHLV bei der Förde Sparkasse IBAN: DE85 21050170 00 19001221 überweisen.