

**Bitte zurücksenden per Post:**

1. VfL Potsdam  
Am Luftschiffhafen 1  
14471 Potsdam

**oder via Scan:**

geschaeftsstelle@vfl-potsdam.de



## Anmeldung zum 12. AOK Fritze HandballCAMP

**Campzeitraum: 27.12. – 30.12.2022 = 4 Tage**

**139,00 EUR**

---

### Angaben zum Teilnehmer

Name: ..... Vorname: .....  
Geb.-Datum: .....  
Straße: .....  
PLZ: ..... Ort: .....  
Besonderheiten beim Essen: ..... Verein/Mannschaft: .....  
Konfektionsgröße: 128: 140: 152: 164: 176: S: M:

---

### Angaben zu den Sorgeberechtigten

Name: ..... Vorname: .....  
Straße: .....  
PLZ: ..... Ort: .....  
Telefon: ..... Handy: .....  
E-Mail: .....  
  
Name: ..... Vorname: .....  
Straße: .....  
PLZ: ..... Ort: .....  
Telefon: ..... Handy: .....  
E-Mail: .....

---

### Angaben zur ärztlichen Behandlung und Gesundheit

Unser/Mein Kind ist versichert bei ..... Krankenkasse: .....  
Name des Versicherten: ..... Geburtsdatum: .....  
Mitglieds-Nr.: .....

Folgende Krankheiten treten bei unserem Kind chronisch oder häufig auf:

Folgende Medikamente benötigt unser Kind (Name des Medikamentes, Verabreichung):

Spezielle Hinweise für die Camptrainer:

Wir haben die Hinweise zur ärztlichen Behandlung vollständig und sorgfältig ausgefüllt und versichern, nach bestem Wissen, dass unser Kind die gesundheitlichen Voraussetzungen für den Aufenthalt in der Ferienfreizeit erfüllt und frei von ansteckenden Krankheiten ist.

**Erklärung zur Fotogenehmigung**

Wir erklären unser Einverständnis:

ja       nein

dass die Ergebnisse von Aktivitäten (Foto-, Film-, Video- und Tonaufzeichnungen), auf denen unser Kind klar zu erkennen ist, im Rahmen der Projekte, insbesondere in Publikationen wie Jahresbericht und Internetauftritten des Vereins veröffentlicht werden können.

---

**Mit unserer Unterschrift erklären wir die verbindliche Teilnahme unseres Kindes an dem oben genannten Camp. Wir erkennen die Fotogenehmigung an und verpflichten uns die Teilnahmegebühr in Höhe von 139,00 € mit dieser Anmeldung auf das Konto des 1. VfL Potsdam 1990 e.V. (IBAN: DE32 1605 0000 3501 1155 54, Mittelbrandenburgische Sparkasse, BIC: WELADED1PMB - Verwendungszweck: 12. AOK Fritze HandballCAMP, Name des Kindes) zu zahlen.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Sorgeberechtigten

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Teilnehmer