

Im Notfall sind die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten während der Freizeit unter folgender Anschrift erreichbar:

Hiermit melde ich mein Kind zur Sommerfreizeit vom 9.-15.8.2009 an und erkläre, dass mein Kind bereit ist, die Regeln des Hauses zu akzeptieren und am Freizeitprogramm teilzunehmen. Mein Kind darf mit Privatwagen transportiert werden und im Notfall ärztliche Behandlung bekommen.

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)



Anmeldung bei:

Christian Eggert
Sommerfreizeit 2009
Fichtestr. 11
85080 Gaimersheim
0845/8346600
christian_eggert@gothaer.de

Bankverbindung:

MdFB e.V.
Deutsche Post
BLZ 700 100 80
Konto 371 404 807
Vermerk: Sommerfreizeit

Anreise am 9.8. ab 17.⁰⁰ Uhr
Programmstart um 18.⁰⁰ Uhr

Abreise am 15.8. um 11.⁰⁰ Uhr
Abschiedsprogramm um 10.⁰⁰ Uhr (Eltern sind eingeladen!)



Ferierendorf Finsterau

Salvador-Allende-Haus
Buchwaldstr. 49
Finsterau
94151 Mauth

Bitte mitbringen:

- Bibel + Schreibsachen
- Wasch- + Badesachen – keine Bikinis
- kleiner Rucksack
- Hausschuhe + Bettwäsche NICHT nötig
- Turnschuhe + Wanderschuhe
- Warme Kleidung für abends – wegen der Höhe kann es abends sehr kühl werden, auch wenn der Tag sehr warm ist
- Mittel gegen Mücken + Mückenstiche
- Tischtennisschläger + -bälle
- Sportkleidung – Jugendliche bitte Inliner mitbringen!
- Radios, MP3-Player, Gameboy und dergleichen bleiben daheim. Die Betreuer werden solche Gegenstände am ersten Tag einsammeln und bis zur Abreise sicher aufbewahren.
- Handys werden auch am ersten Tag eingesammelt und bis zur Abreise sicher aufbewahrt.



Freizeitkosten:

180 €

Dieser Preis beinhaltet alle Unterkunfts- und Ausflugskosten.

Frühbucherpreis:

160 €

Wenn Anmeldeschein und Überweisung von 160 € bis zum 1. April eingegangen sind, sparst du 20 €.

Anmeldeschluss:

1. Juli

Nach dem 1. Juli ruf bitte zuerst an, um sicherzugehen, dass noch ein Platz frei ist.

Anmeldeschein:

(Diesen Teil abschneiden und abschicken!)

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Letzte Tetanusimpfung am: _____

Allergien/Krankheiten/Medikamente: _____

Krankenkasse: _____

