

STADT BAYREUTH
- Jugendamt -
J 4425

Die Anmeldung ist gültig, wenn
sie unterschrieben beim Stadtjugendamt
Bayreuth vorliegt. **Die verbindliche
Teilnahme wird durch das Jugendamt
schriftlich bestätigt!**

**Europäisches Treffen in Bayreuth
vom 02. bis 17. August 2012**

ANMELDUNG

Wir / Ich melde(n) unser/mein Kind

_____ geb. am _____

Adresse _____

Name und E-Mail der Eltern: _____

Tel./Fax. _____ Schule/Klasse _____

verbindlich für die Teilnahme am Europäischen Treffen vom 02.08. - 17.08.2012 in Bayreuth
an.

Sie / Er wird während der gesamten Dauer des Treffens mit den anderen Teilnehmern in der
Jugendherberge übernachten.

Sie / Er hat bereits _____ Jahre den Französischunterricht besucht.

Sie / Er hat bereits _____ Jahre den Italienischunterricht besucht

Es besteht Interesse am 0 französischen 0 italienischen Sprachtraining.

Die Kosten des Europäischen Treffens in Bayreuth betragen 480,-€.

Wir / Ich verpflichte/n uns / mich für den Fall, dass unser / mein Kind nicht an dem Treffen
teilnimmt, die tatsächlich anfallenden Stornierungskosten zu übernehmen. Stornierungskosten
fallen nicht an, wenn die Rücktrittserklärung bis zum 30. Juni 2012 beim Stadtjugendamt
eingegangen ist. Ab 1. Juli 2012 werden 10% der Teilnehmergebühren als Stornokosten in
Rechnung gestellt.

Bayreuth, den _____
(Unterschrift des / der Personensorgeberechtigten)

Wird vom Jugendamt ausgefüllt:

Eintragung in die Teilnehmerliste am:

Europäisches Treffen in Bayreuth
vom 02.08. - 17.08.2012

Gesundheitsformular
Information of Health
Fiche de Santé

Name, Vorname (des Kindes): _____
(name of participant; nom, prénom du participant)

Geburtsdatum: _____ Geschlecht w m
(date of birth; date de naissance) (sex/sexe) f m

Name, Vorname der Eltern: _____
(name of parents; nom des parents)

Adresse der Eltern im August: _____
(address of parents in August, adresse des parents en août)

Tel. Mutter:
(telephone number of mother, numéro de téléphone de la mère)

_____ (p) _____ (d)
Wohnung (private, domicil) Arbeit (business, travail)

_____ Handy (mobile)

Tel. Vater:
(telephone number of father, numéro de téléphone du père)

_____ (p) _____ (d)
Wohnung (private, domicil) Arbeit (business, travail)

_____ Handy (mobile)

Hat Ihr Kind folgende Krankheiten gehabt:
(Relevant medical history; Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Typhus
(typhoid, typhoïde) | <input type="checkbox"/> Scharlach
(scarlet fever, scarlatine) | <input type="checkbox"/> Diphtherie
(diphtheria, diphtérie) |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten
(pertussis, coqueluche) | <input type="checkbox"/> Rheuma
(rheumatism, rhumatismes) | <input type="checkbox"/> Masern
(measles, rougeole) |
| <input type="checkbox"/> Mumps
(oreillons) | <input type="checkbox"/> Röteln
(rubella, rubéole) | |

Ist es anfällig für:
(susceptible to, Est-il sujet aux)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mandelentzündungen
(tonsillites; angines) | <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenentzündungen
(sinusitis, rhino-pharyngites) |
| <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung
(otitis; otites) | <input type="checkbox"/> Nervenentzündungen
(neuritis; troubles nerveux) |

Hat es andere Krankheiten gehabt bzw. befindet es sich in ärztlicher Behandlung:
(*medical treatment; Si votre enfant a contracté d'autres maladies indiquez lesquelles*)

Hat es sich chirurgischen Eingriffen unterziehen müssen? Welchen, Daten!
(*operations, which; S'il a subi des interventions chirurgicales, précisez dates et nature*)

Hat es allergische Reaktionen oder Unverträglichkeiten auf:
(*allergies to; A-t-il des réactions d'allergie ou d'intolérance*)

- bestimmte Medikamente ja nein
(*certain drugs, aux médicaments*) (*yes, oui*) (*no, non*)
wenn ja, auf welche _____
(*which, lesquelles*)

- Nahrungsmittel ja nein
(*food; à certains aliments*) (*yes, oui*) (*no, non*)
wenn ja, auf welche _____
(*which, lesquelles*)

- liegt Sonnenallergie vor ja nein
(*sun, au soleil*) (*yes, oui*) (*no, non*)

Impfungen (*immunisations; vaccinations*):

	Datum (date, indiquez les dates)	Auffrischung/revaccination
Pocken (<i>smallpox, variole</i>):	_____	_____
Diphtherie - Tetanus (<i>diphtheria-tetanus, diphtérie-tétanos</i>)	_____	_____
Polio (<i>poliomyélite</i>)	_____	_____
Tuberkulose (<i>tuberculosis, B. C. G.</i>)	_____	_____

Bitte geben Sie Ihrem Kind den Impfpass mit! (*Your child should bring its vaccination record. Votre enfant doit amener le carnet de vaccination.*)

Die Kursleitung sollte davon Kenntnis haben, dass unser / mein Kind:
(*The instructor should know that....., Il faut informer les animateurs, que mon enfant...*)

Datum/date

(Unterschrift d. Personensorgeberechtigten)
(*signature of parents, signature des parents*)