



## ANMELDUNG – Jugendwochenende 2026

### Daten des Jugendlichen

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Herzkind?  Ja  Nein

### Daten des Erziehungsberechtigten

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Mobil (optional): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Allgemeine gesundheitliche Informationen des Teilnehmers

Ernährungsbesonderheiten (Allergien, Vegetarisch, kein Schwein, Laktoseintolleranz, etc.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Weitere Allergien:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Sohn / meine Tochter an der oben genannten Veranstaltung teilnimmt. Ich bin während des genannten Zeitraums unter einer der oben genannten Telefonnummern erreichbar.

Mein Kind nimmt am Jugend@Herzklopfenwochenende auf eigenes Risiko teil. Hiermit erkläre ich, dass aus meiner Sicht keine gesundheitlichen Bedenken gegen die Teilnahme meines Kindes bestehen. Wir verzichten auf eventuelle Haftungsansprüche gegenüber dem Veranstalter und den Betreuern. Ich und mein Kind sind uns bewusst, dass den Anordnungen der Betreuer Folge zu leisten ist und dass bei grober Zuwiderhandlung die Teilnahme sofort beendet wird. Die Kosten einer frühzeitigen Heimfahrt trage ich selbst.

Datum: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bevor wir mit dem spaßigen Teil loslegen können, bekommt ihr von mir noch etwas lästigen Papierkram.

**Zuerst das Wichtigste in Kürze. Wir benötigen noch Folgendes von euch:**

- **Das ausgefüllte Anmeldeformular**
- **Einen aktuellen Arztbericht (bei Erkrankungen)**
  
- **Bitte außerdem den Teilnehmerbetrag in Höhe von 100 Euro (weitere teilnehmende Kinder 85 Euro) auf untenstehendes Konto überweisen**

Kontoinhaber.:  
Herzklopfen e.V.

**IBAN:**

**DE84 6805 0101 0002 1142 00**

**BIC:**

**FRSPDE66XXX**

Sparkasse Freiburg Nördlicher Breisgau

Verwendungszweck: 'Nachname', Jugendwochenende

Oder per **PayPal**:



**Weitere gesundheitliche Informationen des Teilnehmers**

Die folgenden Angaben sind für alle Teilnehmer freiwillig. Bitte beachten Sie aber, dass wir die Besonderheiten Ihres Kindes nur berücksichtigen können wenn wir vollständige Informationen haben.

Herz-Kreislaufferkrankungen:

---

---

Bewegungsapparat (Zerrungen, Sehnenscheidenentzündungen, Knochenverletzungen):

---

---

Wahrnehmung (Seh- oder Hörbehinderung):

---

---

Sonstige chronische Erkrankungen (Diabetes, Astma, Epilepsie):

---

---

Infektionskrankheiten in den letzten 6 Monaten:

---

---

Medikamente morgens	Medikamente mittags	Medikamente abends

Notfallmedikamente:

---

---

Gibt es sonst noch etwas, was besondere Aufmerksamkeit erfordert oder die Teilnahme behindern könnte?

---

---

---

Kontaktdaten des Kinderarztes bzw. der behandelnden Klinik:

---

---

---

Für Teilnehmer mit Erkrankungen: Bitte einen aktuellen Arztbericht mitschicken und die benötigten Medikamente zur Veranstaltung mitbringen.