

Mein Kind möchte sich mit folgenden Kindern ein Zelt teilen:

Sonstige Hinweise:

Zeltlager Teglingen in Dörpen

**vom 05.07.2024 bis zum
11.07.2024**

Das Abenteuer ruft ...



**Liebe Eltern,
Hallo Mädchen und Jungen!**

Es geht wieder los! Wie im letztem Jahr wollen wir wieder ein spannendes, lustiges Zeltlager veranstalten und somit an den Spaß des letzten Jahres anknüpfen!

Am **05.07.2024** machen wir uns mit dem Fahrrad auf den Weg zum Zeltplatz am Wendebecken in Dörpen und kommen am **11.07.2024** wieder zurück. Der Platz bietet uns viele Möglichkeiten für spannende Spiele, Spaß und Abenteuer.
Das Zeltlager 2024 kostet für jedes Kind 110 Euro.

Die Anmeldung könnt ihr vorne in der Kirche in die Box werfen.

Anmeldeschluss ist der 09.06.2024!

Weitere Informationen zum Zeltlager, Checklisten und Einverständnissowie Datenschutzerklärungen folgen anschließend.

Ein **Elternabend** wird am **10.06.2024 um 19h** stattfinden.

Bei Fragen könnt Ihr euch gerne bei den unten genannten Personen melden:

Mareike Krüssel: 0174-6288620

Fabian Vieth: 0151-64175430

Wir hoffen, dass wir wieder eine unvergessliche Woche zusammen verbringen können!

Euer Zeltlagerteam 2024

Anmeldung

Hiermit melde ich meinen Sohn/meine Tochter für das Zeltlager 2024 der Pfarrjugend Teglingen vom 05.07.2024 bis zum 11.07.2024 in Dörpen an.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefon

Krankenkasse

Allergien und Krankheiten

Benötigte Medikamente

Mein Kind (bitte ankreuzen):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ist Schwimmer | <input type="checkbox"/> ist Nichtschwimmer |
| <input type="checkbox"/> darf an Wanderungen teilnehmen | <input type="checkbox"/> darf nicht teilnehmen |
| <input type="checkbox"/> darf baden | <input type="checkbox"/> darf nicht baden |
| <input type="checkbox"/> darf an Fahrradtouren teilnehmen | <input type="checkbox"/> darf nicht teilnehmen |

Hat einen gültigen FSME-Impfstatus

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Krankheitsfall in ärztliche Behandlung gegeben wird.

Ich nehme am Elternabend am 10.06.2024 um 19h teil:

- Ja
 Nein

Hausarzt / Name _____

Telefonnummer _____

Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Bitte Rückseite beachten!