

# Stadtranderholung 2026

## Persönliche Daten / Gesundheitsfragebogen

für

Name : .....

Vorname: .....

Straße: .....

PLZ und Ort: .....

Telefon: .....

geboren am: .....

Stadtranderholung: 1. Woche, 03.08.- 07.08.26 ☐

2. Woche, 10.08.- 14.08.26 ☐

**Besondere Kost** (Vegetarisch oder Laktosefrei.):

.....

**Leidet Ihr Kind an einer Krankheit,  
die bestimmte Tätigkeiten ausschließt?**

**JA**  
☐

**NEIN**  
☐

Wenn ja, was ist zu beachten: .....

.....

**Benötigt Ihr Kind Notfall -Medikamente?**

☐

☐

Wenn ja, welche?: .....

(Falls ja, wird eine **schriftliche Anweisung** des entsprechenden Arztes zur Ausgabe des Medikaments an Ihr Kind benötigt.)

**Ist Ihr Kind Allergiker/ in?**

☐

☐

Wenn ja, was ist zu berücksichtigen: .....

.....

**Dürfen Zecken von den BetreuerInnen  
mit einer Zeckenzange entfernt werden?**

☐

☐

(die Stelle wird anschließend gekennzeichnet)

- ☐ Wir sind über mögliche Gefahren (Mücken-, Zecken-Stiche) bei Waldaufenthalten informiert worden und die Verantwortung für evtl. Vorsorgemaßnahmen (z.B. Zeckenimpfung, Zecken-Abwehrmittel, Sonnenschutz...) liegt auf Seiten der Eltern.
- ☐ Mit dem Verarzten und Versorgung kleinerer Verletzungen / Wunden (Pflaster) erklären wir uns einverstanden.

Während des Aufenthaltes im Geschwister-Scholl-Haus übernehmen die Kinder im Sinne der Gemeinschaft unter Begleitung des Fachpersonals Gruppendienste. Diese Dienste dienen dem Miteinander und die Mithilfe bei diesen Diensten ist ein unverzichtbarer Bestandteil zur Übernahme sozialer Verantwortung für die Gruppe und Räumlichkeiten.

**Unter welcher Telefonnummer sind**

**Sie im Notfall immer zu erreichen?** .....

**Um die Gruppeneinteilung für die Kinder bestmöglich zu gestalten, können Sie hier ein Kind benennen, mit dem Ihr Kind in eine Gruppe möchte.**

**1 Freund/ Freundin/ Geschwister:** .....

Während der Stadtranderholung werden die Kinder bei den unterschiedlichen Aktionen fotografiert. Die entstandenen Bilder werden allen teilnehmenden Kindern nach der Stadtranderholung auf der KiFaZ-Cloud oder in Form einer „Zeitung“ zur Verfügung gestellt.

Hiermit willige/n ich/wir ein, dass für mein/unser Kind, im Rahmen der nachfolgend aufgeführten Punkte, Fotos gemacht und verarbeitet werden dürfen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

|                                                                                                                                                                                                                                                                                      | JA                       | NEIN                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Fotos in der Gruppe:</b>                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Einzelfotos:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zudem bin ich/sind wir damit einverstanden, dass Fotos meines/unseres Kindes im Rahmen der Öffentlichkeit des Kinder- und Familienzentrums ausschließlich kontextgebunden ohne Nennung des Namens in den regionalen Zeitungen sowie innerhalb der Einrichtung veröffentlicht werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Bühl, den .....**

**Unterschrift des Sorgeberechtigten:** .....

**Übernachtungsbestätigung**  
**Stadtranderholung 2026**

Name: .....

Vorname: .....

☐ übernachtet   ☐ übernachtet nicht   vom ☐ 06. August auf 07. August 2026  
☐ übernachtet   ☐ übernachtet nicht   vom ☐ 13. August auf 14. August 2026

Die Übernachtungsbestätigung muss bis jeweils spätestens Mittwochmorgen abgegeben werden.

**Andernfalls gehen wir davon aus, dass Ihr Kind nicht an der Übernachtung teilnimmt und Donnerstagabend mit dem Bus um 19.00 Uhr zurückfährt (Ankunft 19.30 Uhr am Busbahnhof Carl-Netter-Realschule).**

Bühl, den..... Unterschrift des Sorgeberechtigten: .....