

Packliste:

Was mitbringen? ✓

- Bettwäsche (Bezüge für Kissen, Decke & Spannbettuch)
- Duschsachen und Zahnputzzeug
- Handtücher
- Hausschuhe
- Sportsachen
- Kleidung für mehrere Tage
- Feste Schuhe oder Regenkleidung
- Warme Klamotten
- Taschengeld
- Etwas schickes zum Anziehen
- Krankenkassenkarte

Was nicht mitbringen? ✗

- Süßigkeiten
- Energydrinks
- süße Getränke



Meldet euch bei uns!



+49 1575 8499303 **Sebi**
+49 1575 8499213 **Rahel**



@stadtpiratenfreiburg



www.stadtpiraten-freiburg.de



Adelhauser Straße 25
79098 Freiburg



Pfingstcamp

2026



für Teens von 13-17 Jahren

SPASS.
GESUND.
BEWUSST.





Wann ?

in den Pfingstferien vom
25.-29.05.26

Wo ?

Hütte

Todtmoos, Schwarzwald

Was ist geplant ?

Workshops, Challenges,
gemeinsame Ausflüge,
gemeinsames kochen

Kosten ?

60 Euro pro Person

Bezahlung mit **Bildungsgutschein** möglich!

Anmeldung

Hiermit melde ich mein Kind

_____ (Vor- und Nachname)

geboren am _____

Mädchen Junge (bitte ankreuzen)

verbindlich zum Stadtpiraten Herbstcamp vom
25.05. – 29.05.2026 an.

Name der Eltern: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Email-Adresse: _____

Unterschrift: _____

Mit meiner **Unterschrift** bestätige ich, dass mein Kind auf die Anweisungen der Mitarbeitenden des Camps Folge leisten muss. Die Mitarbeitenden behalten sich vor, das Kind bei groben Regelverstößen nach Hause zu bringen. Ich bin damit einverstanden, dass die hier in der Anmeldung genannten personenbezogenen Daten zu Zwecken der Koordination und Organisation des Camps verwendet und verarbeitet werden.

Film- und Fotoaufnahmen, auf denen mein Kind erkennbar ist, dürfen für die Öffentlichkeitsarbeit (Homepage, instagram, facebook, o.Ä.) der Projektträger genutzt werden:

Ja Nein

Kann er/sie ohne Unterstützung schwimmen?

Ja Nein

Kann er/sie unter Aufsicht baden?

Ja Nein

Hat er / sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Ja Nein

Wenn ja, welche?: _____

Müssen regelmäßig Medikamente genommen werden?

Ja Nein

Wenn ja welche: _____

Name der Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Dürfen wir ihrem Kind nicht verschreibungspflichtige Medikamente verabreichen? (Pflaster, Kopfschmerztabletten etc.)

Ja Nein

Dürfen wir bei ihrem Kind Zecken entfernen?

Ja Nein

Bevollmächtigen Sie uns im Falle eines Arzt oder Krankenhausbesuches für ihr Kind, in ihrem Namen, Entscheidungen zu treffen?

Ja Nein

