

Anmeldung zur Kreativen Zukunftswerkstatt von LebensART Impulse e.V.

Kreatives Beteiligungsprojekt mit Theaterprojekt und begleitenden Kunstwerkstätten vom 09.10.-20.12.2023 für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene von 4-26 Jahren

Hiermit melde ich mich/meinen Sohn/ meine Tochter _____ verbindlich für o.g. Projekt an. Ich bin/unsere Sohn/unsere Tochter ist _____ Jahre alt.

Bitte ankreuzen:

- Gruppe 1 (4-6 Jahre)
- Gruppe 2 (6-10 Jahre)
- Gruppe 3 (10-14 Jahre)
- Gruppe 4 (14-18 Jahre)
- Gruppe 5 (18-26 Jahre)

Das Projekt findet vom 09.10.-20.12. an 10 Einzelterminen und in den Herbstferien an 4 Tagen statt (Termine siehe Flyer). Am zweiten Adventswochenende, den 09./10.12.2023 finden die Projekt- Präsentationen statt. Dafür haben wir Zeit eingeplant, sodass ich/mein Kind/meine Tochter/mein Sohn an den Proben und der Aufführung am Samstag Nachmittag und bei den Ausstellungen am Sonntag Nachmittag teilnehmen kann.

Name der Eltern/ Name des Teilnehmer/der Teilnehmerin:

Adresse (Straße, PLZ Ort): _____

Email: _____

Tel.Nr.: _____

Mobil Nr.: _____

Die Teilnahme am Projekt erfolgt für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren nur mit dem Einverständnis der Eltern. Versichert sind die Teilnehmer/innen über unsere Vereinshaftpflicht. Das Projekt wird vom BMFSFJ über das Zukunftspaket für Bewegung, Kultur und Gesundheit gefördert und daher kostenfrei.

Ort und Datum	Unterschrift des/der Teilnehmers/inTeilnehmerin bzw. des/der Erziehungsberechtigten
---------------	---

LebensART Impulse e.V.

c/o Untermatten 42, 79282 Ballrechten-Dottingen, Tel.: 07634/ 6954340,
Mail: info@lebensartimpulse.de, web: www.lebensartimpulse.de

Wichtige Informationen für die pädagogischen BegleiterInnen des Projektes:

Mein Sohn/meine Tochter/ich _____ leidet/leide unter folgenden Allergien und/oder gesundheitlichen Besonderheiten:

Sonnenallergie: _____

Bienenallergie: _____

Nahrungsmittelallergien: _____

Sonstige Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten: _____

Falls sich mein Kind beim Ausflug in das benachbarte Waldgebiet eine Zecke einfangen sollte, darf diese von den Betreuern entfernt werden: Ja__ Nein__.

Gibt es sonst etwas, das wir bei Ihrem Kind/von Ihnen wissen oder beachten sollten?

Name und Anschrift des (Kinder- und Jugend)arztes: _____

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/ Erziehungsberechtigten oder des erwachsenen Teilnehmers/der erwachsenen Teilnehmerin

LebensART Impulse e.V.

c/o Untermatten 42, 79282 Ballrechten-Dottingen, Tel.: 07634/ 6954340,
Mail: info@lebensartimpulse.de, web: www.lebensartimpulse.de