###### Anmeldung Asthmacamp 2019



###### - bitte an das CJD Berchtesgaden – Gesundheit-Bildung-Beruf, Buchenhöhe 46, 83471 Berchtesgaden senden; per Fax: 08652/6000-274 oder Email: birgit.menning@cjd.de -

► **Campkind:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nachname** |  | **Vorname** |  | **Geburtsdatum** |  | **Alter** |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Krankenkasse** |  | **Krankenversicherungsnummer** |
|  |  |  |

► **Anschrift der Eltern:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nachname |  | Vorname |  | Vorname des anderen Elternteils |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Straße, Hausnummer |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PLZ |  | Wohnort |  | Bundesland |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tel. 1: |  | | |  |  |  |
| Tel. 2: | priv. dienstl. |  | |  | Handy: |  |
| Emailadresse *(nur wenn regelmäßig genutzt)* | | |  | | | |

► **Camp-Wunschtermin 2019:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Camp** | | | | **Campdatum** | **Campart** | | |
|  | **Ostercamp** | | **1.19** | | **Sa. 13.04. – Sa. 27.04.2019** | **Kinder ohne Begleitung + Familiencamp** | | |
|  | **Sommercamp** | | **2.19** | | **Sa. 27.07. - Sa. 10.08.2019** | **Kinder ohne Begleitung + Familiencamp** | | |
|  | **Sommercamp** | | **3.19** | | **Sa. 10.08. – Sa. 24.08.2019** | **Kinder ohne Begleitung + Familiencamp** | | |
|  | **Sommercamp** | | **4.19** | | **Mi. 14.08. – Sa. 24.08.2019** | **Kinder ohne Begleitung** | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **Sommercamp** | **3.14** | **Sa. 02.08. - Sa. 16.08.2014** | **Kinder ohne Begleitung + Familiencamp** | | | | | | | | | |
|  | Mein Kind wird **alleine** ins Camp fahren. | | | | | | |  |
|  | Mein Kind wird an einem **Familiencamp** teilnehmen und soll begleitet werden von: | | | | | | | |
|  | Mutter | Vater | | sonstige Familienmitglieder: | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Das an dem Asthmacamp teilnehmende Kind ist dann verbindlich angemeldet, wenn eine Kostenübernahme-zusage der Krankenkasse dem CJD Berchtesgaden vorliegt und der elterliche Eigenanteil von € 200,00 nach Rechnungstellung (gilt nicht für SBK-Versicherte) überwiesen worden ist.

Bei Stornierung der Anmeldung innerhalb sechs Wochen vor Campbeginn ist eine Bearbeitungsgebühr von   
€ 40,00 zu leisten.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Unterschrift eines Elternteils |