



# Summerbreeze Camp 26 04.8. - 07.08.2026

**VERANSTALTER:** ICF Nürnberg Youth, Königstraße 57, 90402 Nürnberg

## ANMELDUNG

Ich melde hiermit meinen Sohn / meine Tochter zum diesjährigen Summerbreeze Camp vom 04.08.-07.08.2025 verbindlich an:

Name \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Als Erziehungsberechtigte Person / Personen sind während des Camps im Notfall zu erreichen:

Name \_\_\_\_\_

Telefon/Handy \_\_\_\_\_

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

1. Hiermit übertragen wir für die Dauer der Freizeit die Aufsicht und Betreuung unseres Kindes auf die Betreuer der Freizeit.
2. Wir haben unser Kind in Kenntnis gesetzt, dass es den Anweisungen der Betreuer Folge zu leisten und sich an die gesetzlichen Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes zu halten hat.
3. Sollten zu 2. wiederholt oder einzelne schwere Verstöße auftreten, behalten wir uns vor das Kind vom Camp auszuschließen und von einem Erziehungsberechtigten abholen zu lassen.

Betreffendes bitte ankreuzen

- Ich bin einverstanden, dass Fotos/Videos von meinem Kind (Freizeit und allgemein) erstellt werden
- auf der Internetseite und Social Media Kanälen des ICF Nürnberg
- in Druck- oder als Werbemedien während oder zu ICF Veranstaltungen veröffentlicht werden.

**Ich bin/wir sind zu den hier genannten Bedingungen mit der Teilnahme meines/unseres Kindes an der oben genannten Freizeit einverstanden.**

---

Ort, Datum, Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten



# Summerbreeze Camp 26

04.8. - 07.08.2026

**VERANSTALTER:** ICF Nürnberg Youth, Königstraße 57, 90402 Nürnberg

## WICHTIGE INFORMATIONEN ZU (Name TeilnehmerIn)

Betreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen

- Mein Kind ist Vegetarier/-in und möchte auch während des Camps kein Fleisch essen.
- Mein Kind ist Veganer/-in und möchte auch während des Camps keinerlei Lebensmittel tierischer Herkunft essen.
- Mein Kind reagiert auf folgende Lebensmittel allergisch:  
\_\_\_\_\_

Mein Kind ist bei folgender Krankenkasse versichert (Versichertenkarte ist mitzubringen):  
\_\_\_\_\_

- Ich bin einverstanden, dass mein Kind bei leichten Verletzungen und Erkrankungen (z.B. Insektenstiche, Hals-/Kopfschmerzen, Wunddesinfektion) durch unseren ausgebildeten Sanitäter mit rezeptfreien Medikamenten versorgt wird.
- Ich möchte nicht, dass mein Kind bei leichten Verletzungen und Erkrankungen mit Medikamenten versorgt wird. Es hat selbst Medikamente mit und versorgt sich selbst.
- Ich bin damit einverstanden, dass meinem Kind Zecken während der Freizeit entfernt werden und es bei Bedarf zum Arzt gefahren wird.
- Mein Kind hat folgende Allergie bzw. wichtige Informationen:  
\_\_\_\_\_
- Mein Kind muss auf der Freizeit folgende Medikamente einnehmen:  
\_\_\_\_\_
- Mein Kind nimmt das Medikament selbstständig ein.
- Mein Kind muss an die Medikamenteneinnahme erinnert werden.

Ort, Datum, Unterschrift der/des Erziehungsberechtigen