

Anmeldung Ferienbetreuung 2026

Anmeldung bis **06.02.2026** zurück an die Offenen Hilfen



Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Schule/Klasse: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Handy: _____

	2. Osterferienwoche Di., 07.04. – Fr., 10.04.26	1. Pfingstferienwoche Di., 26.05. – Fr., 29.05.26	1. Sommerferienwoche Mo., 03.08. – Fr., 07.08.26	2. Sommerferienwoche Mo., 10.08. – Fr., 14.08.26	6. Sommerferienwoche Mo., 07.09. – Fr., 11.09.26
Ich/Wir wünschen eine Betreuung in der:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich/Wir benötigen einen Fahrdienst für unser Kind. (Abrechnung 1 Stunde mit der Pflegekasse oder 10 € pro Fahrt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich/Wir wünschen eine Abrechnung über:	<input type="checkbox"/> gemeinsamer Jahresbetrag <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag <input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> gemeinsamer Jahresbetrag <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag <input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> gemeinsamer Jahresbetrag <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag <input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> gemeinsamer Jahresbetrag <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag <input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> gemeinsamer Jahresbetrag <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag <input type="checkbox"/> Selbstzahler

Der Teilnahmebeitrag wird per SEPA-Bankeinzug abgebucht.

☐ Mein/Unser Kind ist auf einen *Rollstuhl* angewiesen.

☐ Mein/Unser Kind hat Epilepsie.

☐ Mein/Unser Kind bekommt *Medikamente*. Wenn ja, welche und wann: _____

☐ Mein/Unser Kind hat folgende *Unverträglichkeiten*: _____

☐ Sonstige wichtige Angaben: _____

Ort/Datum:

Unterschrift: