

**Hiermit melde ich/wir \_\_\_\_\_ zur Maßnahme des Stadtjugendring Siegen e.V. vom 31.07/01.08. – 17/18.08.2014 nach Astrakhan (Russland) an.**

Die Vorbereitung wird mit allen Jugendlichen und Leiter/-innen stattfinden. Die Visa, Flüge etc. werden vom Stadtjugendring Siegen e.V. organisiert.

Die Fahrt kostet **250 EURO** incl. Krankenversicherung (für den Zeitraum des Aufenthaltes), Visa, Flug, Zug, Unterkunft und Verpflegung. Eine Anzahlung von 100 EURO wird mit der Anmeldung überwiesen. Die Restkosten von 150 Euro müssen bis zum **01.06.2014** auf das Konto des Stadtjugendring Siegen e.V. bei der Sparkasse Siegen BLZ 460 500 01 , Konto Nr. 1111 665 überwiesen werden. **Text: Astrakhan 2014**

Bitte beachten Sie, dass der Reisepass **bis zum 01.06.2014** in der Geschäftsstelle des Stadtjugendring Siegen zur Beantragung des Visa und der Flüge eingereicht werden muss. Wenn er für einen eigenen Urlaub nach dem 01.06.2014 benötigt wird, teilen Sie uns dieses bitte frühzeitig mit.

Ermäßigter Teilnehmer/-innenbeitrag 200 €

Siegener Ausweis  Teilnahme an der Jugendbegegnung 2013 in Siegen

## Personenbezogene Daten

\_\_\_\_\_  
Vorname (alle die im Pass stehen) Nachname

\_\_\_\_\_  
Adresse, PLZ, Stadt

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit Reisepassnummer Gültig bis (mindestens 04.2015)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum Geburtsort E-Mail

Telefon: \_\_\_\_\_

(Bitte die Tel Nr. angeben, unter der die Erziehungsberechtigten während der Maßnahme des Jugendlichen zu erreichen sind!)

ist über \_\_\_\_\_ bei der \_\_\_\_\_ krankenversichert.  
Name des Familienmitgliedes Versicherungsgesellschaft

Unser Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Name, Anschrift Telefon

Es besteht eine Private Haftpflichtversicherung  ja  nein

Die letzte Wundstarrkrampfimpfung (Tetanus) war \_\_\_\_\_  Wird vor der Maßnahme wenn nötig erneuert. (Kopie des Impfpasses liegt bei)

**Hiermit erkläre/-n ich/wir mich/uns damit einverstanden, das er/sie**

1. in freien Gewässern schwimmen darf  ja  nein
2. sich in Gruppen von mindestens 3 Personen ohne Betreuer/-in bewegen darf  ja  nein
3. Boot, Kanu fahren darf  ja  nein
4. auf eigene Kosten die Rückreise antreten muss, wenn *er/sie* gegen die Gruppenordnung und/oder den Anweisungen des Betreuerenteams wiederholt verstößt  ja  nein

ist Schwimmer/-in\*  ja  nein (\*evtl. Schwimmabzeichen \_\_\_\_\_)

leidet an folgenden chronischen Krankheiten/Allergien/Unverträglichkeiten:

---

hatte schon folgende ansteckende Krankheiten:

---

ist folgendes zu beachten:

---

muss folgende Medikamente nehmen:

---

**Wenn sich die oben stehenden Angaben ändern teile/n ich/wir dieses schriftlich mit.**

**Sprachkenntnisse**

Englisch	gut <input type="checkbox"/>	geht so <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Russisch	gut <input type="checkbox"/>	geht so <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
_____	gut <input type="checkbox"/>	geht so <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

**Essen**

Vegetarier ja  nein

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des/der Erziehungsberechtigten (nur bei Minderjährigen)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten Volljährigen Teilnehmers mit Vor- und Zuname)