

Teilnehmer*innen-Datenblatt



(Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!)

(Name)

(Vorname)

(Reisepass-Nummer oder Personalausweis-Nummer;
Eine Reisepass-/Personalausweis-Kopie bitte dem Datenblatt beilegen!)

Liebe*r Ministrant*in! Liebe*r Erziehungsberechtigte*r!

Zum Schutz des/r Ministrant*in bitten wir Sie, dieses Datenblatt sorgfältig auszufüllen. Die von Ihnen gemachten Angaben werden natürlich streng vertraulich behandelt und nach der Veranstaltung vernichtet. Bitte füllen Sie das Datenblatt in Blockbuchstaben aus! Danke!

Wohnadresse des/r Ministrant*in:

(Straße)

(Handy-Nr., falls nach Rom mitgenommen)

(PLZ)

(Ort)

Förderung:

Ich möchte den Förderungsbeitrag der Diözese Gurk/Klagenfurt in der Höhe von € 90,- in Anspruch nehmen und bezahle somit statt € 590,- nur mehr € 500,-

JA

NEIN

Gruppeninfo:

(Pfarre)

(Name des/r Gruppenleiter*in)

Sozialversicherungsdaten:

(Versicherungsnummer)

(Geburtsdatum)

(Sozialversicherungsanstalt)

Versicherte*r (wenn nicht selbstversichert):

(Name)

(Vorname)

(Wohnanschrift, falls abweichend von der obigen Wohnadresse)

(Versicherungsnummer)

(Geburtsdatum)

(Sozialversicherungsanstalt)

(Arbeitgeber/in, PLZ, Ort)

Im Notfall zu verständigen:

(Name)

(Telefonnummer)

(erreichbar von-bis)

(Name)

(Telefonnummer)

(erreichbar von-bis)

Angaben zu Impfungen:

Hepatitis A: JA, letzte Auffrischung/Impfung: _____ (Jahr, Monat)
 (sehr empfohlen!) NEIN

Hepatitis B: JA, letzte Auffrischung/Impfung: _____ (Jahr, Monat)
 NEIN

Zeckenschutzimpfung: JA, letzte Auffrischung/Impfung: _____ (Jahr, Monat)
 NEIN

Difterie-Tetanusimpfung: JA, letzte Auffrischung/Impfung: _____ (Jahr, Monat)
 NEIN

Meningokokken: JA, letzte Auffrischung/Impfung: _____ (Jahr, Monat)
 NEIN

Chronische Erkrankungen, Allergien:**Medikamente, Salben:**

 (Name) (Anwendung, Zeit, Menge)

 (Name) (Anwendung, Zeit, Menge)

Schwimmen: Ich kann schwimmen. JA NEIN

Vegetarier*in: JA NEIN

Diät: Ich muss eine spezielle Diät einhalten und darf folgende Lebensmittel nicht essen:

Sonstiges:**Kurzfristige Veränderungen des Gesundheitszustandes meines Kindes werde ich umgehend mitteilen.**

- E-Card bitte dem Kind direkt auf die Wallfahrt mitgeben!
- Mit der Teilnahme an der Veranstaltung erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass allfälliges Bild-, Ton- oder Filmmaterial, welches im Rahmen der Wallfahrt von meinem Kind aufgenommen wird, auf der Website www.kath-kirche-kaernten.at, Facebook und Instagram veröffentlicht wird.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, alle Hinweise gelesen zu haben, sowie mein Einverständnis damit. Ich habe alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet.

 (Ort, Datum)

 (Unterschrift des Kindes)

Falls noch nicht volljährig (zusätzlich): _____
 (Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

jungeKirche Klagenfurt – Ministrant*innenpastoral

A-9020 Klagenfurt am Wörthersee – Tarviser Str. 30 – Tel. 0676/8772-2480 – kinderpastoral@kath-kirche-kaernten.at