



**Anmeldung für die Teilnahme am Schachcamp der  
KSA-Rhein-Neckar  
im Racket-Center Nußloch**

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <b>Faschingscamp (KSA57) vom 04.03. bis 08.03.2019 (5 Tage)</b> | <input type="radio"/> |
| <b>Ostercamp (KSA 58) vom 15.04. bis 18.04.2019 (4 Tage)</b>    | <input type="radio"/> |
| <b>Pfingstcamp (KSA 59) vom 11.06. bis 14.06.2019 (4 Tage)</b>  | <input type="radio"/> |
| <b>Sommercamp 1 (KSA 60) vom 29.07. bis 02.08.2019 (5 Tage)</b> | <input type="radio"/> |
| <b>Sommercamp 2 (KSA 61) vom 02.09. bis 06.09.2019 (5 Tage)</b> | <input type="radio"/> |
| <b>Herbstcamp (KSA 62) vom 28.10. bis 31.10.2019 (3 Tage)</b>   | <input type="radio"/> |

Zutreffendes bitte ankreuzen

(Betreuung täglich von 8.30 Uhr bis 16.30 Uhr)

Name des Teilnehmers/ der Teilnehmerin	Vorname
Straße, Haus-Nummer	PLZ, Wohnort
Telefon / Handy	E-Mail
Mitglied in Schachverein oder bei der KSA	Geburtsdatum

Name, Anschrift, E-Mail und Telefonnummer der Person, die **während der Veranstaltung** ansprechbar ist

---

Mit Abgabe der Anmeldung ist der Betrag von 30,- € je Betreuungstag auf folgendes Konto zu überweisen:

Sparkasse Heidelberg                      IBAN: DE48 6725 0020 0009 2156 97                      BIC: SOLADES1HDB

Verwendungszweck:                      Name des Teilnehmers und Camp-Bezeichnung KSA ..

Hiermit melde ich mein Kind verbindlich an. Mit dem Programm und den Teilnahmebedingungen bin ich einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift gesetzlicher Vertreter

---



---

## Gesundheitliche Angaben

---

Typ der Tetanusimpfung

Datum der letzten Impfung (Angaben zur Impfung sind freiwillig)

---

gesundheitliche Einschränkungen (Asthma, Allergien, Diabetes, körperliche Behinderungen...)

---

Gebrauch von Medikamenten (Name des Präparats/Dosierung)

---

andere Einschränkungen (z. B. Einschränkungen beim Essen)

## Vollmacht Arztbehandlung

Sollte während der Feriencamps eine Arzt- oder Krankenhausbehandlung vorgenommen werden müssen und wir nicht zu erreichen sein, hat der Betreuer die Vollmacht, hierüber im Einvernehmen mit dem zuständigen Arzt zu entscheiden.

Kranken- und Unfallversicherung:

---

Wir sind während der Vereinsmaßnahme wie folgt zu erreichen:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

---

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

---

Ort, Datum, Unterschrift gesetzliche Vertreter