

Jugendleiter: Sven Böckel Tel.: 017683387515 oder 040/71001183
Stellvertretender Jugendleiter: Sönke Hinz 01722904483

Liebe Eltern, Kinder und Jugendliche im WSC, liebe Gäste,

zu unserer traditionellen Pfingstausfahrt nach Stein laden wir auch dieses Jahr wieder herzlich ein.

Anreise: Freitag, 07.06.2019, ab 15.00 Uhr
Abreise: Montag, 10.06.2019, ca. 10.00 Uhr

Die Organisation für die An- und Abreise ist innerhalb der Mannschaften selbst zu lösen!
Für die Unterbringung/Verpflegung wird folgender Kostenbeitrag erhoben:

Erwachsene:	60,00€	Trainer/Betreuer:	30,00€
1. Kind:	40,00€		
Jedes weitere Kind:	35,00€		

Wir bitten den unteren Abschnitt ausgefüllt und mit dem Kostenbeitrag bis zum 28.04.2019 bei dem jeweils zuständigen Trainer/ Betreuer, im Briefumschlag mit Namen versehen, abzugeben.
Für nähere Einzelheiten und Fragen stehen wir selbstverständlich zu Verfügung.

Pro Teilnehmer wird benötigt:

1 Bettlaken, 1 Bettbezug, 1Kissenbezug, Handtücher, Waschzeug, Schlafanzug, Hausschuhe, Sportbekleidung (Schlafsäcke sind nicht erlaubt)

Sonstige Bekleidung nach Wetterlage.

Für eventuelle abhandenkommende Gegenstände, insbesondere Wertgegenstände, wird vom WSC keine Haftung übernommen.

Telefon Ostseeheim Stein: 04343 / 91 51

Bitte abtrennen

Ich/ Wir sind damit einverstanden, dass mein/e Sohn/Tochter an dieser Ausfahrt teilnimmt. Ich/Wir erklären uns damit einverstanden, dass bei einem Verstoß gegen die Heimordnung, der Veranstalter berechtigt ist den Jugendlichen/das Kind auf Kosten der Sorgeberechtigten nach Hause zu schicken.

Mein Kind darf sich in Gruppen, ohne Begleitung eines Betreuers, von der räumlichen Nähe des Ostseeheims entfernen (Bummeln/Einkaufen),

Während der Ausfahrt sind wir wie folgt telefonisch zu erreichen_____

Name/Vorname der Teilnemer_____

Anschrift/Telefon:_____

Erwachsene männlich/weiblich___/___(bitte Anzahl eintragen)
Kinder/Jugendliche männlich/weiblich___/___(bitte Anzahl eintragen)
Spielt in der _____-Jugend!!!

Krankenkasse/Mitgliedsnummer/Versicherer:_____

Badeerlaubnis: ja/nein
Allergien/Lebensmittelunverträglichkeit ja/nein, wenn ja bitte Beschreibung und
Vorsorge_____
Dauermedikament: ja/nein, wenn ja bitte Beschreibung_____
Letzte Tetanusimpfung:_____
Sonstige Besonderheiten:_____

Ort/ Datum

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten
