

Voraussichtliche Kosten für Vollpension

für Mitglieder (Nichtmitglieder in Klammern):

- Erwachsene 79 € (134 €),
- Kinder (12-17 Jahre) 71 € (114 €),
- Kinder (7-11 Jahre) 51 € (94 €),
- Kinder (3-6 Jahre) 33 € (76 €),
- Kinder unter 3 Jahre im Elternzimmer sind frei.

Tagesgäste zahlen einen Beitrag in Höhe von 30 Euro plus Mittagessen. Die Kinderbetreuung beträgt für Tagesgäste 25 Euro.

Sondenernährte Kinder sind vom Essensgeld befreit, Übernachtungskosten müssen bezahlt werden. Sonderwünsche bitte sofort bei der Anmeldung angeben.

Bei kürzerem Aufenthalt können wir keinen Nachlass gewähren. Bitte geben Sie bei der Anmeldung unbedingt auch die ungefähre Uhrzeit Ihrer Ankunft an. Hunde sind nicht erlaubt.

Von jeder Familie wird eine Kostenpauschale in Höhe von 50 € für eine umfassende Kinderbetreuung laut Beschluss der Mitgliederversammlung vom 30.5.2004 erhoben.

✂ -----

Anmeldung zum Familientreffen in Herbstein vom 22. bis 25. Mai 2015

Familienname, Anschrift (bitte in Druckbuchstaben)

Telefon: _____ Email: _____

Vater: _____ Mutter: _____

Kinder: Vorname	Alter	besondere Wünsche	benötigt zur Mahlzeit			benötigt zur Übernachtung		
			Rollstuhl/Karre	Kinderstuhl	normalen Stuhl	Gitterbett v. Kolping	mitgebr. Bett	Normalbett
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Wünsche: 1 = Sondenernährt, 2 = besondere Kost (Brei), 3 = rollstuhlgerechtes Bad, 4 = Einzelzimmer, 5 = kein Stockbett möglich, 6 = anderes: _____

Die Anreise erfolgt am _____ per PKW / Bahn / Bus bis ca. _____ Uhr .

Am Abreisetag (25. Mai 2015) nehmen wir am Mittagessen teil oder benötigen wir Lunchpakete.

Diese Anmeldung ist bindend, wenn vom Bundesverband behinderter Pflegekinder e.V. keine Absage erfolgt. Anmeldebestätigung und Rechnung erhalten Sie ab März 2015.

Ort, Datum

Unterschrift

Anmeldung



KolpingFeriendorf Herbstein
 Adolph-Kolping-Straße 22
 36358 Herbstein



Bundesverband
behinderter Pflegekinder e.V.
Kirchstraße 29
26871 Papenburg
Telefon: 0 49 61 / 66 52 41
info@bbpflegekinder.de

Liebe Familien!

Wir freuen uns wieder auf die Zeit mit den Kindern und möchten an dieser Stelle nochmal besonderen Dank an die ehrenamtlichen Betreuer senden, die ihre Freizeit gerne den Kindern schenken. Wir möchten auch die Eltern bitten, immer daran zu denken, dass unsere Kinderbetreuer das gerne und freiwillig im Ehrenamt tun.

Kinderkartei

Name des Kindes: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ Im Notfall: _____

Geburtsdatum: _____

Diagnosen: _____

Komplikationen die auftreten können: (Anfallsleiden, Kreislaufschwächen, psychische Verfassung, Überempfindlichkeiten):

Notfallmedikament: _____

Ruhephasen: (Pausen, Liegen, Lagern, ...)

Mir ist bekannt, dass die regelmäßige Medikamentengabe nicht von dem Betreuerteam während der Veranstaltung verabreicht werden darf. Die Notfallmedikation habe ich ausreichend dokumentiert, sie wird im Notfall von einem Betreuer verabreicht und ich werde umgehend von dem Notfall benachrichtigt.

Ort, Datum

Unterschrift

Name des Kindes: _____

Mein Kind hat folgende Einschränkungen in der Alltagskompetenz:

- Orientierungslos
- Hyperaktiv
- Rollstuhlfahrer (selbständig)
- Immobil
- Teilpflegebedürftig
- Vollpflegebedürftig
- Auto- und/oder fremdaggressiv
- Weglauftendenzen
- Blind
- Taub
- Keine verbale Sprache
- Keine eigenständige Nahrungsaufnahme
- Auf medizintechnische Hilfe angewiesen (Sondierung, Monitoring)
- Inkontinenz
- Anfallsleiden
- Traumatisierung durch _____
- seelische Behinderung

Sonstiges: _____

besondere Pflegehinweise:

Essgewohnheiten: (Unverträglichkeiten, Sondierung, passierte Kost, ...)

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Wenn Sie uns andere Besonderheiten und vielleicht spezielle Vorlieben ihres Kindes mitteilen möchten, fügen Sie bitte ein separates Blatt bei. Wir sind dankbar für jede Information.