

Teilnehmer\*In Freizeitmitarbeiter\*Innen

Freizeit: .....

Name: ..... Vorname:.....

Geburtsdatum:..... Telefon: .....

Fax: ..... @Mail: .....

Straße:.....

PLZ / Ort:.....

## ▪ Foto/Videoerlaubnis erteilt (auch für Veröffentlichungen im Internet o.Ä.)

 Ja  Nein

## ▪ Ansprechpartner\*In / Gesetzliche(r) Vertreter\*In:

Name: .....Vorname:.....

@Mail: .....Telefon: .....

Straße:..... Fax: .....

PLZ / Ort:.....

▪ Beeinträchtigung:  Ja  Nein▪ Rollstuhlfahrer\*In:  Ja  Nein

## ▪ Art der Behinderung:

 körperliche Beeinträchtigung  geistige Beeinträchtigung psychische Beeinträchtigung  Sinnesbeeinträchtigung Epilepsie

## A) Ich werde das Pflegeleistungsergänzungsgesetz (PLEG) in Anspruch nehmen:

 Ja  Nein

## B) Ich werde einen Antrag auf Verhinderungspflege (VHP) stellen:

 Ja  NeinPflegegrad:  P 1  P 2  P 3  P 4  P 5

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass eventuelle Differenzbeträge privat beglichen werden und dass die Reise- und Impfbedingungen (s.S.8) verbindlich anerkannt werden.

Datum

rechtsverbindliche Unterschrift (bei unter 18-Jährigen oder nicht rechtsfähigen Personen die Eltern / gesetzliche Betreuer)