



ANMELDUNG

AbenteuerWOchenende (AWO)

Hiermit melde ich meinen Sohn zum AWO an:

Vorname, Name
Geburtsdatum
Straße, PLZ, Ort
Telefon, Mobil
E-Mail

Datum: 03.08 -05.08.2018

Ort: Seminarzentrum Sölter Langeleben Nr.2 38154 Königslutter

Preis: 250,00 €

KONTAKTPERSON IM NOTFALL

Vorname, Name
Straße, PLZ, Ort
Telefon, Mobil

KONTAKTPERSON, FALLS DIESE PERSON NICHT ERREICHBAR SEIN SOLLTE

Vorname, Name
Straße, PLZ, Ort
Telefon, Mobil

BoysToMen Mentoring
Netzwerk Deutschland
e.V.

www.boystomen.de

1.Vorsitzender:

Wendelin P.Moser

Ludwigstr.23.B

D-97070 Würzburg

Telefon +49-173-6529256

Wendelin.moser@boystomen.de

Vereinsregister Hamburg
Nummer 20701

Finanzamt Hamburg-Nord

Steuernummer:

17 / 402 / 10587

Bankverbindung:

GLS Gemeinschaftsbank eG

IBAN:

DE57 4306 0967 2037 5395 00

BIC:

GENODEM1GLS

Regional Center Braunschweig

Jörg Udo Schiemann

+49(0)178 - 20 65 383

joerg.udo.schiemann@

boystomen.de

Regional Center Wolfsburg

Klaus-Dieter Kathagen

+49(0)160 - 205 13 75

Klaus-Dieter.Kathagen@

boystomen.de



ANMELDUNG

MEDIZINISCHE INFORMATIONEN

Hausarzt
Straße, PLZ, Ort
Telefon
Krankenkasse, Versicherungsnummer

Sollte Ihr Sohn erkranken oder sich verletzen, müssen wir über die notwendigen Informationen verfügen, die für seine Behandlung erforderlich sind. Bitte füllen Sie deshalb folgenden Abschnitt aus, falls besondere Hinweise (z. B. Medikamenten-Einnahme, Allergien, Süchte, relevante medizinische, emotionale oder psychologische Angaben) erforderlich sind. Bitte verwenden Sie eine zusätzliche Seite, falls der Platz nicht ausreichen sollte.

Die oben angegebenen Informationen sind vollständig. Über notwendige Vorgaben medizinischer bzw. psychologischer Art habe ich BoysToMen in Kenntnis gesetzt.

ICH AUTORISIERE BOYSTOMEN, DIESE INFORMATIONEN IM NOTFALL AN MEDIZINISCHES PERSONAL WEITERZUGEBEN.

Ort, Datum
Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte/-r
Name und Adresse in Druckschrift