

**Name des Kindes:** .....

**Geburtsdatum:** .....

**Telefonnummer:** .....

der/des Erziehungsberechtigten

**Anschrift:** .....

der/des Erziehungsberechtigten

**besondere Hinweise:**

(Erkrankungen, Allergien, ...)

.....  
.....  
.....

Diese Informationen werden von uns vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Sie dienen nur zur Information für die Gruppenleiter.

Geben Sie bitte diesen Teilnehmerschein Ihrem Kind zur ersten Gruppenstunde mit.

\_\_\_\_\_  
**Datum,                      Unterschrift eines Erziehungsberechtigten**

Ansprechpartner: Antje Römhild  
Tel:                      0561-7290454  
E-mail:                      jrk-west@drk-ks.de

**Deutsches Rotes Kreuz**   
Team Jugendrotkreuz  
DRK Kassel-Stadt, OV-West