



Kinderhaus der Stadt Langenfeld

Winkelsweg 38, 40764 Langenfeld • 02173/98172 • 01577 8872225 • Instagram: @kinderhauslangenfeld • www.langenfeld.de/kinderhaus • kinderhaus@langenfeld.de

Anmeldung

Projekt Spiel Spaß & Spray

Wichtig: Bitte füllen Sie alle Seiten sorgfältig aus. Die Anmeldung ist nur mit Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten vollständig.

Es handelt sich um ein kostenfreies Angebot. Die Anzahl an Plätzen ist begrenzt. **Wir bitten darum, dass Ihr Kind an allen Terminen teilnimmt, und danken für eine rechtzeitige telefonische Absage bei Nicht-Teilnahme (z. B. im Krankheitsfall).** Vielen Dank! Wir melden uns in Kürze bei Ihnen, um Ihnen mitzuteilen, ob noch ein Platz für Ihr Kind verfügbar ist.

Informationen: Das Projekt findet von **Dienstag, 27.10.2026 – Freitag, 30.10.2026** jeweils von 13:30 – 17:00 Uhr statt.

*Ich bin damit einverstanden, dass mein/e Sohn/Tochter (bitte in **Druckbuchstaben** ausfüllen)*

Name des Kindes	
Name des/der Erziehungsberechtigten	
Geburtsdatum und Alter des Kindes während des Angebots	Geburtstag: Alter:
Adresse	
Mobilfunknummer des/der Erziehungsberechtigten	
E-Mail-Adresse	
Krankenkasse	
Sonstige Hinweise	

an dem Projekt „Spiel, Spaß & Spray“ teilnimmt.

Wichtig! Bitte alles ankreuzen!

- Wird Ihr Kind abgeholt oder geht es alleine nach Hause? Bitte sprechen Sie auch mit Ihrem Kind darüber. Teilen Sie uns Änderungen ggf. frühzeitig mit.

☐ Abholung☐ Keine Abholung

- Ich möchte nach dem Angebot per E-Mail über Veranstaltungen des Kinderhauses informiert werden. Falls ja, wird die oben angegebene E-Mail dafür verwendet.

☐ Ja☐ Nein

- ☐ Bei Krankheit meines Kindes oder sonstigen Hinderungsgründen mache ich eine frühzeitige, telefonische Absage im Kinderhaus (Tel.: 02173/98172). Bitte hinterlassen Sie uns eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter, falls wir nicht erreichbar sind.

- ☐ Ich nehme zur Kenntnis, dass mein Kind mit Krankheitssymptomen nicht an dem Angebot teilnehmen kann.

Ort und Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Fragebogen Medikamente, Allergien, Erkrankungen und Einverständniserklärung

Name, Vorname des Kindes: _____

Mein Kind muss während des Programms Medikamente einnehmen.

- ☐ Nein.
- ☐ Ja, mein Kind nimmt folgende/s Medikament/e ein: _____.
- ☐ Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass die Betreuungspersonen meinem Kind die Medikamente verabreichen.

Dazu werde ich ein ärztliches Attest beibringen, auf dem vermerkt ist, welche/s Medikament/e zu welcher Zeit gegeben werden muss/müssen. Ebenso wird auf diesem Attest vermerkt, dass die Betreuungspersonen berechtigt sind, meinem Kind, das oder die Medikament/e zu verabreichen.

Hat Ihr Kind eine Allergie gegen bestimmte Pflaster oder Desinfektionsmittel?

- ☐ Nein.
- ☐ Ja, und zwar gegen: _____.

Dürfen die Betreuungspersonen eventuell auftretende Wunden bei Ihrem Kind versorgen?

- ☐ Nein. ☐ Ja.

Dürfen die Betreuungspersonen kleine Splitter oder Zecken bei Ihrem Kind selbstständig entfernen und die Wunde versorgen?

- ☐ Nein. ☐ Ja.

Hat Ihr Kind eine weitere Allergie, beispielweise gegen Lebensmittel, Sonnenmilch oder gegen etwas anderes?

- ☐ Nein.
- ☐ Ja, und zwar gegen: _____.
- ☐ Mein Kind führt deswegen immer ein Notfallset mit. Dieses befindet sich während des Angebotes
- ☐ bei meinem Kind. ☐ an folgendem Ort: _____.

Gibt es weitere Besonderheiten, die den Betreuungspersonen bekannt sein sollten?

- ☐ Nein.
- ☐ Ja, und zwar: _____.

Ort und Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten