

**Vor- und Nachname:**

**Geb.-Datum:**

Wir bitten Sie um eine ausführliche und vollständige Beantwortung der Fragen, damit die Mitarbeiter sich so gut wie möglich auf die gemeinsame Zeit einstellen können!

### 1. Anmeldung für die Ferienbetreuung

**Osterferien:**  (1. Woche) 25.03. – 28.03.24

**Pfingstferien:**  (1. Woche) 21.05. – 24.05.24

**Sommerferien:**  (1. Woche) 29.07.-02.08.24  (2. Woche) 05.08.-09.08.24  
 (3. Woche) 12.08.-16.08.24  (4. Woche) 19.08.-23.08.24

**Herbstferien:**  (1. Woche) 28.10.-31.10.24

**An Feiertagen findet keine Ferienbetreuung statt!**

### 2. Wo lebt der/die Teilnehmer/in?

<input type="checkbox"/> Bei den Eltern	<input type="checkbox"/> Bei der Mutter	<input type="checkbox"/> Beim Vater	<input type="checkbox"/> In einer stationären Einrichtung
Name	Mutter:	Vater:	
	Einrichtung:		
Straße, Hausnummer:		PLZ, Wohnort:	
Telefon:		Mobil:	
E-Mail:			
Ist ein Elternteil des Kindes berufstätig bei den folgenden Firmen? <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein			
bei:			
<input type="checkbox"/> Audi AG (Stamm-Nr. des Elternteils):			
<input type="checkbox"/> Media-Saturn Deutschland GmbH	<input type="checkbox"/> EFS		
<input type="checkbox"/> Volkswagen Group Services GmbH	<input type="checkbox"/> Airbus D&S GmbH		

### 3. Schulbesuch

Schulart und Jahrgangsstufe?

### 4. Behinderung und Kranken- und Pflegekasse

Art der Behinderung (falls vorhanden):		
Name der Krankenkasse:	Adresse:	
Bei den Eltern mitversichert:	<input type="checkbox"/> beim Vater	<input type="checkbox"/> bei der Mutter
Versicherten-Nr. des Kindes:	Status:	Gültigkeit:

### 5. Pflegegrad (Auszufüllen nur bei Kindern- und Jugendlichen mit Behinderung)

Pflegegrad:		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> nicht beantragt
<input type="checkbox"/> Antrag abgelehnt		
<input type="checkbox"/> keine Einstufung, weil:		
Genehmigung für Entlastungsbetrag liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja, 125 €/Monat	<input type="checkbox"/> nein

Genehmigung für Verhinderungspflege liegt vor?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sollen die Kosten abgerechnet werden über	<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag	<input type="checkbox"/> nein	
Soll die Rechnung geschickt werden an:	<input type="checkbox"/> Sie persönlich <input type="checkbox"/> Ihre Pflegekasse		
Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	GdB:	Merkzeichen:	

6. Was würdest du gerne in der Ferienbetreuung unternehmen?	
<input type="checkbox"/> Musizieren und Singen	<input type="checkbox"/> Kochen
<input type="checkbox"/> Spiele im Freien	<input type="checkbox"/> Entspannen
<input type="checkbox"/> Basteln/Werken	<input type="checkbox"/> Schwimmen
<input type="checkbox"/> Spaziergänge / Wandern	
Andere Sachen? Sag sie uns:	
Was machst du nicht so gern?	

7. Welche Aussagen treffen auf dich zu? Bist du...			
<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> schüchtern	<input type="checkbox"/> kontaktfreudig	<input type="checkbox"/> häufig schlecht gelaunt
<input type="checkbox"/> lebhaft	<input type="checkbox"/> still	<input type="checkbox"/> oft zu Späßen aufgelegt	<input type="checkbox"/> reizbar
<input type="checkbox"/> fremdaggressiv <input type="checkbox"/> autoaggressiv In welchen Situationen?		<input type="checkbox"/> Brauchst du Rückzugsmöglichkeiten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann? _____ Wie? _____	
Andere Eigenschaften von dir:			
Hast du vor etwas Angst?			

8. Fähigkeiten und Verhalten des Kindes	
Kannst du:	
<input type="checkbox"/> frei Baden im Schwimmerbecken	
<input type="checkbox"/> mit Schwimmhilfen baden im Schwimmerbecken	
<input type="checkbox"/> nur Baden im Nichtschwimmerbecken?	
Du kannst:	Du benötigst:
<input type="checkbox"/> laufen	<input type="checkbox"/> eine Gehhilfe, in Form von: _____
<input type="checkbox"/> Treppen steigen	<input type="checkbox"/> einen mechanischen Rollstuhl und kann selbst fahren
<input type="checkbox"/> stehen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> sitzen	<input type="checkbox"/> einen Elektro-Rollstuhl (für Ausflüge bitte auch Schiebe-Rollstuhl mitbringen!)
	<input type="checkbox"/> etwas anderes: _____

**Du brauchst Unterstützung bei (bitte genauere Beschreibung):**

<input type="checkbox"/>	<b>Toilette:</b> Einnässen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wie häufig: Einkoten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wie häufig: <input type="checkbox"/> Meldest du dich von selbst, wenn du musst? <input type="checkbox"/> Muss du gesetzt werden? <input type="checkbox"/> Musst du erinnert werden und gehst dann selbst?
<input type="checkbox"/>	<b>Essen:</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Trinken:</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Waschen/Baden:</b>
<input type="checkbox"/>	<b>An- und Ausziehen:</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Geldverwaltung:</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Sonstiges:</b>

**Könnte es vorkommen, dass du dich...**

<input type="checkbox"/>	<b>von der Gruppe entfernst?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wenn:
<input type="checkbox"/>	<b>fremden Menschen anschließt?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wenn:

**9. Mitteilungsfähigkeit / Kommunikation**

Du teilst dich mit durch: Sprache  durch Gestik/Mimik   
Nähere Beschreibung:

Wenn du was ausdrücken willst, können andere das:  
 sehr gut zu verstehen  nicht so gut zu verstehen  nur mit großer Mühe.  
 fast nicht zu verstehen

Sehen:	Du hast <input type="checkbox"/> gutes/ ausreichendes <input type="checkbox"/> stark eingeschränktes Sehvermögen <input type="checkbox"/> Du trägst eine Brille?
Hören:	Du hast <input type="checkbox"/> gutes <input type="checkbox"/> ausreichendes oder <input type="checkbox"/> stark eingeschränktes Hörvermögen? Du trägst ein Hörgerät <input type="checkbox"/> und <input type="checkbox"/> kannst damit selbständig umgehen oder <input type="checkbox"/> brauchst Unterstützung?
Greifen:	Du kannst mit den Händen <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mit Schwierigkeiten oder <input type="checkbox"/> kaum bzw. gar nicht greifen?

**10. Gesundheit**

**Kannst du alles essen?**

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, ich vertrage nicht:	
	<input type="checkbox"/> ich esse pürierte Kost	<input type="checkbox"/> ich habe eine Sonde (Absprache notwendig)
	<input type="checkbox"/> ich esse ausschließlich vegetarisch	<input type="checkbox"/> ich esse kein Schweinefleisch

**Hast du epileptische Anfälle?**

<input type="checkbox"/> ja	In welchen Abständen kommen die Anfälle in der Regel? Wann hattest du den letzten Anfall?
<input type="checkbox"/> nein	Wie lange dauert ein Anfall?

	Wie kündigt sich der Anfall an?	
	Kannst du anderen den Anfall ankündigen, wie:	
	Wie läuft der Anfall ab?	
	Wann brauchst du welche Hilfen?	
	<input type="checkbox"/> <b>Notfall-Medikament</b> bei Krampfanfällen: Dosierung:	
Hast du eine aktuelle <b>Tetanus-Schutzimpfung</b> ?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wann war die letzte Impfung (laut Impfpass)?
Hattest du schwere <b>Krankheiten oder Operationen</b> ?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja – welche?	
Hast du <b>ansteckende Krankheiten bzw. Infektionen</b> ? (z.B. Hepatitis, Zytomegalie, HIV, Herpes)?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja – welche? (Bitte genaue Beschreibung der Krankheit und Umgangsvorschriften angeben!)	
Hast du <b>Allergien</b> ?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Welche? Wie müssen diese behandelt werden? (z.B. bei Pollenallergie Spray zur Milderung notwendig.)	
Nimmst du regelmäßig <b>Medikamente</b> ?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja – welche? (Bitte <b>Dosierung und Beschreibung</b> auf dem „Medikamentenverzeichnis“ vor Beginn der Ferienbetreuung eintragen und zusammen mit den <b>Medikamentenbeipackzetteln</b> mitbringen! Die Medikamente müssen täglich in <b>Dosierbox</b> vorbereitet mitgegeben werden!)	

**Sonstiges, dass sie uns noch mitteilen möchten:**

<p><b>Wer ist in medizinischen Notfällen zu benachrichtigen?</b></p> <p>Name:</p> <p>Anschrift:</p> <p>Telefon:</p>	<p>Wir sind damit einverstanden, dass im Falle medizinischer Notwendigkeit die Einweisung in ein Krankenhaus ohne gesonderte Rücksprache erfolgt.</p> <p>Wir geben hiermit unsere Einwilligung für ärztlicherseits zwingend erforderlich gehaltene Maßnahmen und Eingriffe.</p>
<p>Eigene Unterschrift bzw. der Eltern bzw. des gesetzlichen Betreuers für die Erlaubnis der ärztlichen Behandlung:</p>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/>

Bitte legen Sie ein **aktuelles Foto** bei, damit sich die Mitarbeiter in der Vorbesprechung ein Bild von ihrem Kind machen können! (*Hat ihr Kind bereits letztes Jahr in der Ferienbetreuung mitgemacht, ist kein neues Foto notwendig.*) Die Aufnahme stammt aus dem Jahre:

\_\_\_\_\_

**Einverständniserklärungen**

Mit der Teilnahme unseres Kindes am Inklusionsprojekt „All together now“ erklären wir, die Sorgeberechtigten, uns grundsätzlich damit einverstanden, dass **Fotos von unserem Kind**, die im Rahmen des Ferienprogramms entstehen, für Veröffentlichungen des Hollerhauses bzw. für die Berichterstattung (Print- und elektronische Medien) verwendet werden dürfen. Ein Widerruf ist schriftlich an das Hollerhaus an unten angegebene Adresse zu richten.

Information zum Datenschutz:

Die personenbezogenen Daten auf dem Anmeldeformular werden zum Zweck der Durchführung der Ferienbetreuung im Rahmen der Betreuung erhoben und verarbeitet. Die Daten werden ab sofort gespeichert und gelöscht nachdem die Speicherung nicht mehr erforderlich ist, bzw. wird die Verarbeitung eingeschränkt, falls gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen.

Die personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der Abrechnung des Zuschusses über das Firmensponsoring in den Oster-, Pfingst- und Herbstferien an das Familienbüro Ingolstadt und über diese ggf. an den Arbeitgeber – sofern dieser einer der Sponsor Firmen ist – weitergeleitet.

Des Weiteren werden personenbezogene Daten zum Zwecke der Abrechnung der Zuschüsse für die Stadtranderholung in den Sommerferien von Ingolstädter Kindern an das Amt für Jugend und Familie der Stadt Ingolstadt weitergegeben.

Sie haben als betroffene Person das Recht Auskunft über die Verarbeitung personenbezogener Daten (Art. 15 DSGVO), die Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO), die Löschung der

Daten (Art. 17 DSGVO) und die Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) zu verlangen, sofern die rechtlichen Voraussetzungen dafür vorliegen. Sie können verlangen, die bereitgestellten personenbezogenen Daten gem. Art. 20 DSGVO zu erhalten oder zu übermitteln. Sie können nach Art. 21 DSGVO Widerspruch einlegen. Die Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten können Sie jederzeit widerrufen. Sie sind nicht verpflichtet, die zum oben genannten Zweck erforderlichen personenbezogenen Daten bereitzustellen. Sind Sie damit nicht einverstanden, kann eine Anmeldung nicht entgegengenommen werden und das Kind kann nicht an der Ferienbetreuung teilnehmen.

Unser Datenschutzbeauftragte, Alexander Bugl, 93055 Regensburg,  
kontakt(at)buglkollegen.de

**Mit ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie alle Informationen dieses Anmeldebogens zur Kenntnis genommen haben und diese anerkennen. Des Weiteren bestätigen Sie die Regularien aus dem Informationsbogen anzuerkennen.**

**Mit Ihrer Unterschrift melden Sie Ihr oben genanntes Kind verbindlich für den in Punkt 1 genannten Zeitraum für die Ferienbetreuung, durchgeführt durch die Offenen Hilfen – Ambulante Dienste, der EJM Hollerhaus gGmbH, an.**

---

Ort, Datum, Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten\* bzw. des/r gesetzlichen Erziehungsberechtigten

\*wenn nur ein Elternteil unterschreibt, wird davon ausgegangen, dass der andere Elternteil informiert und mit der Anmeldung einverstanden ist.

**Kontakt:**

EJM-Hollerhaus gGmbH  
Offene Hilfen – Ambulante Dienste  
Stinnesstraße 6, 85057 Ingolstadt  
Telefon: 0841/138049 - 400  
E-Mail: [oh.OffeneHilfen@ejf.de](mailto:oh.OffeneHilfen@ejf.de)