



## Judo Trainingscamp 2014 KiEZ am Hölzernen See

- Hinfahrt:** Sa, 16.08.2014  
Treffen ab **8 Uhr** an der Karlshorster Grundschule  
Abfahrt ist pünktlich um **9 Uhr**
- Rückfahrt:** Sa, 23.08.2014  
Ankunft wieder **ca. 14 Uhr** an der Karlshorster Grundschule

Da wir nur beschränkt freie Plätze in den Autos haben, sind wir wieder auf eure Mithilfe angewiesen. Wir suchen noch Fahrer mit Auto, die uns am An- und/oder Abreisetag zur Verfügung stehen.

- Unterkunft:** Fuchsbau mit 2 Bett- und 5 Bettzimmer und 1 Clubraum  
inkl. Dusche und WC im Haus
- Verpflegung:** Vollpension inkl. Tee und Wasser tagsüber
- Aktivitäten:** Tägliches Judotraining, Baden/Schwimmen, Tischtennis, Fußball,  
Beachvolleyball, Disco, Lagerfeuer, Wandern
- Lagerleiter:** Oliver Flügel +49 163 972 88 88  
Email [oliver.fluegel@sv-luftfahrt-berlin.de](mailto:oliver.fluegel@sv-luftfahrt-berlin.de)
- Trainer/Betreuer:** Maximilian Gruber +49 176 654 30 177  
Matthias Hämmerling +49 157 719 77 682  
Rosa Schritt +49 152 065 08 800
- Kosten:** 200€ (Übernachtung, Vollpension, Trainingsraum, Freizeitaktivitäten etc.)
- Überweisung:** Empfänger: SV Luftfahrt e.V.  
IBAN: DE09 1009 0000 5731 4960 07  
BIC: BEVODEBB  
Verwendung: Judo Trainingslager 2014  
*Name des Kindes*

**Anmeldung:** Die verbindliche Anmeldung erfolgt durch die fristgerechte Überweisung des Reisebetrags und die Abgabe des unterschriebenen Meldebogens.

**Anmeldefrist:** **30.04.2014**

Wir hoffen auf die Teilnahme aller Kinder.

Sportliche Grüße

**Die Abteilungsleitung Judo**

SV Luftfahrt Berlin e.V.



## Meldebogen für das Trainingscamp 2014

Judo Trainingscamp vom 16.08. - 23.08.2014 am Hölzernen See  
(bitte gut leserlich + korrekt ausgefüllt bis spätestens 30.04.2014 an den Trainer zurück)

Vorname, Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ KK-Nr.: \_\_\_\_\_

Im Notfall ist folgender Erziehungsberechtigter / Ansprechpartner erreichbar:

Name	Telefon	Mobil	Arbeit
1. _____			
2. _____			

### Krankheiten:

Allergien:  Ja  Nein gegen: \_\_\_\_\_  
 Asthma:  Ja  Nein  
 Bettnässer:  Ja  Nein Diabetes:  Ja  Nein

Mein Kind hat folgende (chronische) Erkrankung(en) und / oder muss folgende Medikamente einnehmen: Bei Bedarf extra Blatt anfügen!

Krankheit	Medikament	Dosierung	Tageszeit der Einnahme
1. _____			
2. _____			

### Erlaubnis und Vollmacht:

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Mein Kind darf unter Aufsicht im flachen Wasser plantschen/baden:  Ja  Nein  
 Mein Kind darf unter Aufsicht im tiefen Wasser schwimmen:  Ja  Nein  
 Mein Kind kann nicht / etwas / gut / sehr gut schwimmen. (zutreffendes bitte unterstreichen!)  
 Mein Kind darf unter Aufsicht mit auf einem Boot fahren:  Ja  Nein  
 Mein Kind darf an der Nachtwanderung (mit Erschrecken) teilnehmen:  Ja  Nein

**Unterschriftenvollmacht & Fristen (ohne Zustimmung ist eine Teilnahme nicht möglich)**  
 Bei Erkrankungen oder schwerwiegendem Fehlverhalten, hole ich oder ein Verwandter des Kindes nach Information durch die Betreuer und Trainer mein Kind umgehend vom Trainingscamp ab.  
 Ich bin die Regeln für das Trainingscamp mit meinem Kind durch gegangen.  
 Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Lagerleitung das Gepäck meines Kindes aus Sicherheitsgründen jederzeit kontrollieren kann. Gefährliche Gegenstände sowie Zigaretten, alkoholische Getränke und Handys werden während des Trainingscamps in Verwahrung genommen.  
 Für einen evtl. notwendigen medizinisch/chirurgischen Eingriff gebe ich meine Erlaubnis für den Fall, dass ich nicht rechtzeitig erreicht werden kann. (z.B. Röntgen, Nähen einer Platzwunde u.ä.).  
**Die Anmelde- und Überweisungsfrist habe ich zur Kenntnis genommen.**  
 \_\_\_\_\_  
 Datum und Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten