**Anmeldeformular für die Aladdin-Ferienwochen**

Gruppenhaus Berghof, Hallau (SH)

**Anmeldung für Datum Ferienwoche : 13. Oktober – 19. Oktober 2024**

**Wir besuchen die Aladdin-Ferienwochen zum** **Mal.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Familienname und Wohnadresse** | | |
|  | **Tel. P** |  |
| **Tel. G** |  |
| **Mobile** |  |
| **Email** |  |

**Bitte legen Sie diesem Fragebogen ein aktuelles Familienfoto bei.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Eltern, dann Kinder (Name, Vorname)** | **Geburtstag** | **Beeinträchtigt** | **Teilnahme** |
|  |  |  | Ja |
|  |  |  | Ja |
|  |  | Ja  Nein | Ja |
|  |  | Ja  Nein | Ja |
|  |  | Ja  Nein | Ja |
|  |  | Ja  Nein | Ja |

Bitte füllen Sie für **jedes Kind**, das eine Beeinträchtigung hat, die dritte Seite dieses   
Anmeldeformulars aus.

**Anreise** (individuell):  per Bahn  mit dem Auto

Wir brauchen Unterstützung:  Ja  Nein

Wenn ja, wie können wir Ihnen helfen?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Die Anmeldung wird durch den Sozialdienst eingereicht:** Ja  Nein  **Kontakt:**  Stelle:  Sachbearbeiter/in:  Tel.:  **Kosten** (*vom Sozialdienst auszufüllen oder nach Vereinbarung)* CHF: |

|  |
| --- |
| **Fotos**, die während den Ferienwochen aufgenommen werden, verwenden wir für unsere Drucksachen, die Homepage und Sozialen Medien (Facebook).  **Dürfen Fotos für die Öffentlichkeitsarbeit von der Aladdin-Stiftung verwendet und veröffentlich werden?**  Ja  Nein |

**Essen und Trinken**

Während den Ferienwochen erhalten alle Teilnehmenden drei Mahlzeiten pro Tag   
(Vollpension).   
Bitte teilen Sie uns hier allfällige Diäten, Allergien, Unverträglichkeiten, Spezialkost, etc.   
**aller** Familienmitglieder mit.

|  |  |
| --- | --- |
| Eltern, dann Kinder | Diäten, Allergien, Unverträglichkeiten, Spezialkost |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Ausflüge**

Wir führen während den Ferienwochen jeweils verschiedene, wetterabhängige Ausflüge durch.

|  |  |
| --- | --- |
| Eltern, dann Kinder | SBB-Abonnemente |
|  | Wählen Sie ein Element aus. |
|  | Wählen Sie ein Element aus. |
|  | Wählen Sie ein Element aus. |
|  | Wählen Sie ein Element aus. |
|  | Wählen Sie ein Element aus. |

**Erwartungen**

Haben Sie spezielle Erwartungen, Vorstellungen oder gar Wünsche, was die Aladdin-Ferienwoche angeht?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Sonstige Bemerkungen**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Alle Versicherungen (Kranken- / und Unfallversicherung, Haftpflichtversicherung) sind   
Sache des Teilnehmenden.

Ich bin/ wir sind mit den Anmeldebedingungen für die Aladdin-Ferienwochen   
einverstanden:

|  |  |
| --- | --- |
| **Ort, Datum** | **Unterschrift** |

**Datenblatt für beeinträchtigte Kinder**

So kann sich das Team auf Besonderheiten vorbereiten.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name** |  | | **Alter** |  |
| **Körpergrösse** |  | | | |
| **Gewicht** |  | | | |
| **Art der Beeinträchtigung / Diagnose** |  | | | |
| **Beschrieb der  Situation** |  | | | |
| **Besondre Merkmale oder Auffälligkeiten** |  | | | |
| **IV-Berechtigung** | Ja  Nein | **IV-Nummer:** | | |

**Bitte zutreffendes ankreuzen:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Medikamente | | | Welche: | | | | | | |
| Allfällige Nebenwirkungen | | | | | | | | | |
| **Kommunikation** | | | | | | | | | |
| Verbal möglich | | Nonverbal | | | mit Hilfsmitteln (Sprachcomputer, Handzeichen, Lautieren, Gesten etc. | | | Bemerkungen: | |
| **Sehen** | | | | | | | | | |
| Sieht gut | | Sieht nicht gut | | | Brillenträger/-in | | | Blind | |
| **Hören** | | | | | | | | | |
| Hört gut | | Hört nicht gut | | | Hörgerät | | | Gehörlos | |
| **Mobilität** | | |  | | | | | | |
| Fussgänger | | Mit Unterstützung | | | Rollstuhl | | | Liegewagen | |
| davonlaufen | | agressiv | | |  | | |  | |
| **Körperliche Leistungsfähigkeiten und Interessen** | | | | | | | | | |
| **Greifen/Festhalten** (z.B. Seil festhalten, eigenen Körper an einem Seil o.ä. baumeln lassen | | | | | | | | | |
| Ja, problemlos | | Nur beschränkt | | | gar nicht | | | Bemerkung: | |
| **Werfen/Fangen** (z.B. von Bällen) | | | | | | | | | |
| Ja, beides problemlos | Nur werfen | | | Nur fangen | | gar nicht | | | Bemerkungen: |
| **Abläufe wahrnehmen und wiedergeben** | | | | | | | | | |
| Ja, problemlos | | Ja, über kurze Zeit | | | gar nicht | | | Bemerkung: | |
| **Was bereitet Unbehagen/Angst/Stress?** | | | | | | | | | |
| Lärm | | Höhe | | | grosse Gruppen | | | neue Umgebung | |
| Lift | | öffentliche Verkehrsmittel | | | Luftseilbahn | | | nichts | |
| weitere | | | | | | | | | |
| **Was kann in solchen Situationen beruhigend wirken?** | | | | | | | | | |
| **Hobbies / Lieblingsbeschäftigung**: | | | | | | | | | |
| **Hilfestellungen durch das Aladdin-Leiterteam** | | | | | | | | | |
| In welchen Bereichen möchten die Eltern durch das Leiterteam entlastet werden? | | | der Nahrungsaufnahme  Beaufsichtigung | | | | Bemerkungen: | | |
| Gibt es Eigenheiten bei den  Geschwistern, die das Team kennen muss? | | | Welche: | | | | | | |

**Adresse des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärzte**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name  Adresse: |  | Tel G:  Mobile:  Email: |  |

**Weitere wichtige Adresse für medizinische Versorgung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name  Adresse: |  | Tel G:  Mobile:  Email: |  |