**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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NameAdresse: |                 | Tel G:Mobile:Email: |                 |