



Mein Kind möchte ein AKI-Kind werden!

Bitte achten Sie darauf, dass alle Angaben vollständig und lesbar sind. Danke!

Hinweis: Der Förderverein Aktivspielplatz Steinenbronn e.V. ist als gemeinnützig anerkannt.
Der Mitgliedsbeitrag sowie Spenden sind steuerlich abzugsfähig!

- Ja, ich unterstütze die Aki-Arbeit und will Mitglied werden. Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt mindestens 40,- Euro. Darin ist der jährliche Versicherungsbeitrag für mein(e) Kind(er) (4,- €/Kind) noch nicht enthalten.

Ich erteile hiermit eine Bankeinzugsermächtigung über jährlich _____,- € (mind. 40,- € ohne Versicherungsbeitrag) die ich jederzeit widerrufen kann. Der Beitrag wird gegen Ende Februar eingezogen.

Bank	Bankleitzahl	Kontonummer
Kontoinhaber		Unterschrift Kontoinhaber

- Ich überweise den Mitgliedsbeitrag von ____ Euro (mind. 40,-) auf das unten genannte Konto des Aktivspielplatzes. Bitte tragen Sie als Verwendungszweck „Mitgliedsbeitrag“ ein.
- Ich möchte nicht Mitglied werden, sondern nur den reinen Versicherungsbeitrag in Höhe von 4,- € pro Jahr und Kind vor Ort auf dem AKI bezahlen.
- Ich unterstütze die Arbeit auf dem Aki durch eine Spende, die ich auf das unten genannte Konto des Aktivspielplatzes überweise. Bitte tragen Sie als Verwendungszweck „Spende“ ein. Der Versicherungsbeitrag ist darin nicht enthalten!
- Ich bin gern bereit, hin und wieder auf Anfrage mitzuhelfen, vorzugsweise

<input type="checkbox"/> bei Veranstaltungen, Festen	<input type="checkbox"/> bei handwerklichen Arbeiten
<input type="checkbox"/> zum Kuchen backen	<input type="checkbox"/> zum Kochen (z.B. Hüttenbau-Projektwoche)
<input type="checkbox"/> zur Unterstützung im Aki-Haus (z.B. Putzen)	

Erste Hilfe:

- JA**, ich wünsche, dass mein Kind bei Verletzungen von den Betreuern erst versorgt wird. Ich bevollmächtige die Betreuer die Wunden meines Kindes zu säubern, zu desinfizieren und zu verbinden. Es bestehen keinerlei Unverträglichkeiten gegen Octenisept, Betaisodona und Arnika. Die Zweitversorgung sowie ggf. Tetanusimpfung übernehme ich beim Abholen meines Kindes selbst.
- NEIN**, bei offenen und stumpfen Verletzungen bin ich über folgende Notrufnummer _____ ständig erreichbar.

Allergien (z.B. Bienen, Pollen) , Unverträglichkeiten (z.B. Lactose), chronische Krankheiten (z.B. Astma):

- NEIN**, keine **JA**, und zwar: _____

Folgende Kinder (ab 6 Jahre) besuchen den Aki und sollen versichert werden:

Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse	Hauptversicherter bei der Krankenkasse	Datum der letzten Tetanusimpfung

Name des/der Erziehungsberechtigten bzw. Mitgliedes (nicht der Kinder) Telefon (Notruf!)

Straße PLZ Wohnort e-mail Adresse

Datum Unterschrift