

Anmeldeformular für Jugendliche von **16 oder 17** Jahren,  
die ohne Eltern zur Zeltstadt kommen.

(Online-Anmeldung ist nicht möglich)



Geschäftsstelle  
Christusdienst e.V.  
DIE ZELTSTADT  
Gerberstr. 14a  
**99089 Erfurt**

Bitte alle Punkte sorgfältig  
ausfüllen und per  
Scan oder Foto an  
[info@christusdienst.de](mailto:info@christusdienst.de)

Name, Vorname \_\_\_\_\_ bitte ankreuzen:  Schüler  Azubi

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Zeltgröße \_\_\_\_\_ Ich möchte gerne mit \_\_\_\_\_ in ein/das Dorf \_\_\_\_\_

**Adresse der Eltern während der Zeltstadt :**

Im Notfall sind die Erziehungsberechtigten erreichbar:

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

**Angaben für ärztliche Hilfe**

Ist Ihr Sohn/ Ihre Tochter gegen **Wundstarrkrampf** geimpft?

- Nein  
 Ja: Impfdatum \_\_\_\_\_

Impfstoff \_\_\_\_\_

Ist Ihr Sohn/ Ihre Tochter gegen **Zecken** geimpft?

- Nein  
 Ja: Impfdatum .....

**Versicherungskarte und Impfausweis möglichst mitbringen**

Wenn **keine** Krankenversicherungskarte vorliegt, werden  
folgende Daten benötigt:

Krankenversicherung \_\_\_\_\_ (z.B. AOK, DAK)

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

**Name des Hausarztes** \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Meine Tochter / mein Sohn ist angewiesen worden,  
den Anordnungen der Verantwortlichen Folge zu  
leisten. Sollte sich der Jugendliche wider Erwarten so  
verhalten, dass eine weitere Teilnahme nicht mehr zu  
vertreten ist, bin ich damit einverstanden, dass er/sie  
auf meine Kosten nach Hause gebracht wird.

Mir ist bekannt, dass während der Zeltstadt die  
Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Rahmen des  
Programms freie Zeit haben, in der sie selbstständig  
in Kleingruppen und ohne direkte Aufsicht unterwegs  
sein dürfen. Und gebe hierzu meine Zustimmung.

Wir ermächtigen die Verantwortlichen, falls  
notwendig, unsere(n) Tochter/Sohn in das  
nächstgelegene Krankenhaus einzuweisen und eine  
ärztliche Behandlung vornehmen zu lassen.

Ich versichere, dass er/sie an keiner ansteckenden  
Krankheit leidet.

Der Konsum von Alkohol, Tabak und Drogen jedweder  
Art unterliegt dem Jugendschutzgesetz.

Für abhanden gekommene oder verlorene  
Gegenstände, die Ihrer Tochter/ Ihrem Sohn gehören,  
wird keine Haftung übernommen.

**Datum** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift des Erziehungsberechtigten*