

Bitte umgehend zurücksenden!  
An  
Leben mit Behinderung Hamburg  
Sozialeinrichtungen gGmbH  
Südtring 36  
22303 Hamburg



**ANMELDUNG ZUR FERIENBETREUUNG 2010**

Name des/der Teilnehmers/in

---

geboren am

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Wohnort

---

Telefonnummer

---

E-Mail

---

Name / Vorname der Eltern

---

Wir nutzen bei Leben mit Behinderung  
Hamburg (Hilfe in der Familie und/oder ....)

---

Sind Sie Mitglied bei Leben mit Behinderung  
Hamburg

---

Zur Erleichterung des Verfahrens streben wir für Empfänger von Sozialhilfe an, direkt mit der Behörde abzurechnen mittels einer Abtretungserklärung. Aus diesem Grunde bitten wir Sie um Angabe, ob Sie von der Hamburger Behörde Sozialhilfe beziehen:

ja       nein

Name des/der Sorgeberechtigten / gesetzlichen Betreuers

---

Pflegeeltern       ja       nein

Wie oft hat Ihr Kind bisher an einer Ferienbetreuung bei uns teilgenommen?

---

Welche Einrichtung besucht Ihr Kind?

Kindertagesstätte       Tagesstätte       Schule       Werkstatt für Behinderte

Name und Anschrift der Einrichtung

Telefon

Name des Lehrers/Gruppenleiters

Hamburg, den

Unterschrift

Bitte tragen Sie die Wunschfreizeit mit 1. ein und beziffern Alternativen mit 2., 3. usw. Sie können Ihr Kind auch zu mehreren Freizeiten anmelden. Die Hamburger Sommerferien sind vom 8.07. - 18.08.2010.

				Tage	Teilnehmer /innen
<input type="checkbox"/>	Niendorf → Ostsee Wochenenden	Fr. 23.04.10	So. 25.04.10	3	12
	Niendorf → Ostsee Wochenenden	Do. 13.05.10	So. 16.05.10	4	12
<input type="checkbox"/>	Niendorf → Maiferien an der Ostsee	Sa. 15.05.10	Sa. 22.05.10	8	12
<input type="checkbox"/>	Niendorf → Die Ostsee in Bildern, eine Fotofreizeit	Mi. 14.07.10	Mi. 04.08.10	22	14
<input type="checkbox"/>	Ginsterhof → Erwachsenenfreizeit	Sa. 12.06.10	Sa. 26.06.10	15	10
<input type="checkbox"/>	Fintau → Reitfreizeit für Mädchen	Do. 13.05.10	Sa. 24.05.10	12	9
<input type="checkbox"/>	Fintau → Thearapeutisches Reiten im Juli	Fr. 09.07.10	Di. 23.07.10	15	9
<input type="checkbox"/>	Fintau → Thearapeutisches Reiten für Erwachsene	Sa. 07.08.10	Di. 17.08.10	11	9
<input type="checkbox"/>	Fintau → Thearapeutisches Reiten im Oktober	So. 03.10.10	So. 16.10.10	15	9
<input type="checkbox"/>	Neumünster → Bewegungs- und Kreativfreizeit	Mi. 12.05.10	Mo. 24.05.10	13	14
<input type="checkbox"/>	Neumünster → Bewegungs- und Kreativfreizeit	Sa. 02.10.10	Sa. 16.10.10	15	14
<input type="checkbox"/>	Fedderingen → Musikfreizeit mit Tanz und Karaoke	Fr. 09.07.10	Fr. 30.07.10	22	14
<input type="checkbox"/>	Klöndeel → Segelfreizeit	Do. 08.07.10	Do. 22.07.10	15	13
<input type="checkbox"/>	Brahmsee → Fußballfreizeit	Mo. 19.07.10	Mo. 09.08.10	22	14
<input type="checkbox"/>	Bergedorf → Kunstfreizeit	Sa. 24.07.10	So. 14.08.10	22	10
<input type="checkbox"/>	Altona → Hamburg entdecken	Sa. 24.07.10	So. 14.08.10	22	8
<input type="checkbox"/>	Winterhude → Fotografieren in Hamburg	Sa. 24.07.10	So. 14.08.10	22	15
<input type="checkbox"/>	Boitzenburg → Reiterfreizeit (integrativ)	Di. 03.08.10	Mo. 16.08.10	14	6
<input type="checkbox"/>	Nindorf → Theaterfreizeit	So. 03.10.10	So. 17.10.10	15	14
<input type="checkbox"/>	Goldensee → Gourmetfreizeit	So. 03.10.10	So. 17.10.10	15	12

Hamburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Fragebogen zur Gruppenzusammensetzung

Vor- und Familienname des behinderten Kindes:

---

Genauere Bezeichnung der Behinderung:

---

Hat Ihr Kind Krampfanfälle?  ja  nein

wie oft?

wie lange?

---

Benötigt Ihr Kind

eine Magensonde

einen Katheter

ein Sauerstoffgerät

---

Kann Ihr Kind selbstständig laufen?

ja  nein

Welche Hilfsmittel zur Fortbewegung sind notwendig (z.B. Rollstuhl, Rollator, Karre etc.)?

Rollstuhl

andere Hilfsmittel

---

Läuft Ihr Kind von zu Hause/aus der Einrichtung weg?

ja  nein

Besteht bei Ihrem Kind eine Sinnesbehinderung?

blind

stark sehbehindert

taub

schwerhörig

nicht sprechend

Benutzt Ihr Kind alternative Kommunikationsmittel?

Wenn ja, welche?

---

Besonderheiten:

---

Benötigt Ihr Kind Hilfen bei den Mahlzeiten?

ja

nein

muss gefüttert werden

Besonderheiten:

---

Benötigt Ihr Kind Hilfe beim Toilettengang?

geht selbstständig

muss gebracht werden

Besonderheiten:

---

Trägt Ihr Kind Windeln?

nein

tags

nachts

