

# Anmeldung IdeenReich

## Schuljahr 2023/2024



Bitte ausfüllen, unterschreiben oder mir persönlich übergeben/zuschicken.

LorzeWichtel GmbH, Dagmar Rhyner, Langackerstrasse 2, 6330 Cham - [info@lorzewichtel.ch](mailto:info@lorzewichtel.ch)

Bitte diese Anmeldung nicht per WhatsApp senden. Bitte keine Bezahlungen via Twint! Danke

Alle IdeenReich-Angebote sind für **Kinder ab ca. 3 – 7 Jahren (bis zum 8. Geburtstag)**. Die Daten sind einzeln buchbar. Abmeldungen müssen bis 24 Stunden vor Kursbeginn eintreffen, ansonsten werden die Kurskosten in Rechnung gestellt.

Tag	Gruppe	Angebot	Zeiten (Auffangzeit bis 14.30 Uhr)	Preise pro Nachmittag inkl. Material / exkl. Zvieri
MO	IdeenReich Wald	Waldtage	14.15-16.45 Uhr	CHF 30.00
DI	IdeenReich Dusse	Erlebnistage	14.15-16.45 Uhr	CHF 30.00
DO	IdeenReich Buurehof	Bauernhofftage	14.15-16.45 Uhr	CHF 30.00

Einschreibengebühr IdeenReich CHF 20.00 pro Schuljahr und Familie. Das Kind gilt als definitiv angemeldet, sobald die Einschreibengebühr bezahlt worden ist nach dem «First-come-first-serve» Prinzip. Die Rechnung erfolgt 3 x jährlich auf Ende November, März und Juli. Es besteht kein Anrecht auf Betreuungsgutscheine der Gemeinde Cham, da es kein Jahresangebot ist.

### Personalien des Kindes:

Name / Vorname:	
Geschlecht:	
Strasse:	
PLZ / Ort:	
Geburtsdatum:	
Muttersprache:	
Weitere Sprachen:	

### Geschwister: (optional)

Vorname:		Vorname:	
Geb. Datum:		Geb. Datum:	

Vorname:		Vorname:	
Geb. Datum:		Geb. Datum:	

### Personalien der Eltern:

Name / Vorname Mutter:	
Natel-/Telefonnr. Mutter:	
Email-Adresse:	
Beruf Mutter:	
Name / Vorname Vater:	
Natel-/Telefonnr. Vater:	
Beruf Vater:	

## Weitere Angaben:

Allergien/Erkrankungen:	
Besondere Medikamente: (Bezeichnung, Dosierung)	
Trägt euer Kind aktuell Windeln?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Dürfen wir eurem Kind beim WC Gang helfen/begleiten, sofern es unsere Hilfe benötigt?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Dürfen wir eurem Kind Zecken entfernen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

## Im Notfall zu verständigen:

<b>1. Priorität</b>		
Name, Vorname:	Natel-/Telefonnummer:	Beziehung zum Kind:
<b>2. Priorität (wenn 1. Priorität nicht erreichbar ist)</b>		
Name, Vorname:	Natel-/Telefonnummer:	Beziehung zum Kind:

## Hausarzt / Kinderarzt:

Name, Vorname:	Adresse:	Telefonnummer:
----------------	----------	----------------

## Notfall-Apotheke:

Gemäss Heilmittelgesetz gilt die Weisung, dass wir bei den Kindern keine Arzneimittel anwenden dürfen. Selbstverständlich ist immer eine adäquate 1. Hilfe gewährleistet. Wunden werden fachgerecht versorgt. Die Notfall-Apotheke ist wie folgt bestückt:

- Elastische Binde • Gazebinden • Sterile Gazepfätzchen • Sterile Gazekompressen • Nichthaftende Wundkompressen • Dreieckstuch • Heftpflaster in verschiedenen Größen • Hautfreundliches Klebepflaster • Steril Strip • Desinfektionsmittel (ohne Alkohol) • Schere/ Pinzette/Verbandklammern/Sicherheitsnadel • Zeckenzange • Gummihandschuhe • Rettungsdecke silber-gold • Erste- Hilfe Anleitung • Notfallnummern der Fachstellen (Polizei, Krankenwagen) und die • Notfallnummern der Eltern

In unserer Notfall-Apotheke haben wir auch Arzneimittel, welche wir nur mit eurem Einverständnis verabreichen können. **Bitte kreuzen Sie an, was wir verabreichen/anwenden dürfen:**

- Salben gegen Verstauchung oder Prellungen, gegen oberflächliche Verletzungen, gegen Insektenstiche oder gegen Verbrennungen • Arnica Globuli • Notfall Pastillen/Notfallspray:

<input type="checkbox"/> <b>ALLE Arzneimittel</b> <input type="checkbox"/> Desinfektionsspray / Wundspray <input type="checkbox"/> Rescue Bachblüten Pastillen <input type="checkbox"/> Rescue Bachblüten Spray <input type="checkbox"/> Similasan Arnica Plus Salbe <input type="checkbox"/> Similasan Arnica Spray	<input type="checkbox"/> Similasan Apis Globuli D12, D15, D30 <input type="checkbox"/> Propolis Balsam aus Bienenwachs (für div. Wehwechen wie Kratzer, Beulen, Holzsplitter...) <input type="checkbox"/> Combudoron (kühlt bei Verbrennungen) <input type="checkbox"/> Fenistil Gel (Insektenstiche)
---	--

## Bemerkungen/Sonstiges:

**Wir willigen ein, dass unser Kind bei Bedarf/im Notfall mit den oben angekreuzten Arzneimitteln/Heilmitteln von der Leitung behandelt werden darf.**

Ort/Datum: .....

Unterschrift Eltern:.....