

Kinder-Feriencamp 2026

Anmeldung

27. bis 31. Juli 2026

Naturwerkstatt Jauerling

Wiesmannsreith 9, 3643 Maria Laach



**NATURPARK
JAUERLING-
WACHAU**

3643 Maria Laach am
Jauerling 46
T 02712/203 32
info@naturpark-jauerling.at
www.naturpark-jauerling.at

Kind

Vorname:	<input type="text"/>	Nachname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w

Informationen

Vorname (Elternteil):	<input type="text"/>	Nachname (Elternteil):	<input type="text"/>
Straße Hausnummer:	<input type="text"/>		
Postleitzahl:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>		
Email:	<input type="text"/>		
Name Geschwister: falls es auch teilnimmt	<input type="text"/>		
Sonderwünsche Essen	<input type="checkbox"/> vegetarisch	<input type="checkbox"/> kein Schweinefleisch	
Biete Mitfahrgelegenheit	<input type="checkbox"/> Ja		

Einverständnis

- ☐ Ja Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Verein Naturpark Jauerling-Wachau gemachte Fotos und Bildaufnahmen zur Eigenwerbung (Print, Web, Social Media) verwenden darf und diese an Dritte weitergeben darf zum Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit des Naturparks, auch unter Angabe des Vornamens. Wenn hier nicht zugestimmt wird, wird das Kind nicht fotografiert, auch nicht bei Gruppenfotos.
- ☐ Ja Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind mit einem Schnitzmesser schnitzen darf.
- ☐ Ja Ich bestätige, dass ich die Buchungs- und Stornobedingungen zur Kenntnis genommen habe. Diese wurden mit dem Anmeldeformular mitgesendet. (* Pflichtfeld)
- ☐ Ja Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Anmelde Daten für die interne Bearbeitung vom Naturpark Jauerling-Wachau elektronisch gespeichert werden und zur Abwicklung dieses und weiterer Feriencamps verwendet werden. (* Pflichtfeld)

Versicherungsnummer des Kindes:	
Name des Versicherten	
Notfall-Kontakt 1 Name + Telefonnummer	
Notfall-Kontakt 2 Name + Telefonnummer	
Allergien	
Sonstige wichtige Mitteilungen oder Einschränkungen (körperliche Belastung, Medikamente, Krankheiten, Unverträglichkeiten):	

.....
Datum.....
Ort.....
Unterschrift