

# Anmeldebogen FBB/OBA-Programm

## Juli - September 2025 – Einzelpersonen

Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen und bis zum **16.6.2025** an uns zurücksenden.  
Entweder **postalisch** oder **per Mail**

Name:

Telefon:

---



---

Geb.-Datum:

E-Mail (**bitte unbedingt angeben**):

---



---

### Abrechnung Pflegekasse (PK)

Ja, über PK abrechnen

Nein, nicht über PK abrechnen, ggf. Grund:

---

### Wertmarke - Schwerbehindertenausweis

Ja, ich habe eine Wertmarke

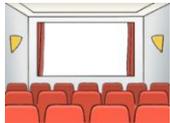
Nein, ich habe keine Wertmarke

### Alkohol

Ja, ich darf Alkohol trinken

Nein, ich darf keinen Alkohol trinken

Wie viel: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>Kino</b> Di, 1.7. 	<input type="checkbox"/> <b>Stammtisch</b> Mi, 2.7.  <small>ehemalige Schüler der TMS, OBA-ler,</small>	<input type="checkbox"/> <b>Freitagsclub 1 und 2</b> <input type="checkbox"/> Fr, 4.7. <input type="checkbox"/> Fr, 19.9. 
<input type="checkbox"/> <b>Stadtfest</b> Sa, 5.7. 	<input type="checkbox"/> <b>Wandern</b> <input type="checkbox"/> So, 6.7. <input type="checkbox"/> Sa, 2.8. 	<input type="checkbox"/> <b>Gemeinsam gegen Gewalt</b> Mi, 9.7. 
<input type="checkbox"/> <b>Schwimmen</b> <input type="checkbox"/> Di, 8.7. <input type="checkbox"/> Di. 2.9. 	<input type="checkbox"/> <b>Pizza essen gehen</b> Do, 10.7. 	<input type="checkbox"/> <b>Waldcafe Bad Grönenbach</b> Sa, 12.7. 

<p><b>Bowling</b></p> <p><input type="checkbox"/> Di, 15.7.</p> <p><input type="checkbox"/> Di, 16.9.</p> 	<p><input type="checkbox"/> <b>Kochen</b></p> <p>Di, 15.7.</p> 	<p><input type="checkbox"/> <b>Männertreff</b></p> <p>Di, 15.7.</p> 
<p><input type="checkbox"/> <b>Minigolf Bachtelweiher</b></p> <p>Mi, 16.7.</p> 	<p><input type="checkbox"/> <b>Wanderung Alttrauchburg</b></p> <p>Sa, 19.7.</p> 	<p><input type="checkbox"/> <b>Ein Erlebnistag auf dem Bauernhof Reiter</b></p> <p>Sa, 19.7.</p> 
<p><input type="checkbox"/> <b>Theater Schneewittchen</b></p> <p>So, 20.7.</p> 	<p><input type="checkbox"/> <b>Klettern</b></p> <p><input type="checkbox"/> Di, 22.7.</p> <p><input type="checkbox"/> Di, 19.8.</p> 	<p><input type="checkbox"/> <b>Festival Stadt Land Gestalten</b></p> <p>Sa, 26.7.</p> 
<p><input type="checkbox"/> <b>Andreas Gabalier</b></p> <p>Sa, 2.8.</p> 	<p><input type="checkbox"/> <b>Eis essen und Spaziergang</b></p> <p>Di, 5.8.</p> 	<p><input type="checkbox"/> <b>Schafe streicheln</b></p> <p>Mo, 11.8.</p> 
<p><input type="checkbox"/> <b>Besuch Festwoche</b></p> <p>Di, 12.8.</p> 	<p><input type="checkbox"/> <b>Schiff-Fahrt Lindau</b></p> <p>So, 24.8.</p> 	<p><input type="checkbox"/> <b>Schulmuseum Daxberg</b></p> <p>Sa, 30.8.</p> 
<p><input type="checkbox"/> <b>Crepes und Waffelabend</b></p> <p>Mi, 10.9.</p> 	<p><input type="checkbox"/> <b>Kaffeeklatsch</b></p> <p>Fr, 26.9.</p> 	<p><input type="checkbox"/> <b>Bauernhofmuseum Wolfegg</b></p> <p>Sa, 27.9.</p> 

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Blaue Kennzeichnung: Teenie-Treff

## Anmeldung für die Urlaubsfahrten

Ich \_\_\_\_\_ bestätige hiermit  
meine Teilnahme an der OBA-Aktion

Salzburg, 08.08. bis 10.08.2025

Leipzig, 27.09. bis 29.09.2025

Ich habe die Informationen bezüglich der Fahrt zur Kenntnis genommen und bin mit diesen einverstanden.

**1. Während der Reise darf ich Alkohol trinken:**

Nein

Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**Ich nehme Medikamente ein:**

Nein

Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**Bitte ärztliche Verordnungen unverzüglich an uns schicken. Vielen Dank!**

**Ich habe folgende Allergien:** \_\_\_\_\_

**2. Bei mir ist besonders zu achten auf:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Im Notfall bitte folgende Person(en) benachrichtigen (gerne mehr als eine Telefonnummer angeben):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Ich gestatte, dass mein Kind/Betreute(r) bei Krankheit oder Unfall von einem Arzt vor Ort behandelt werden darf. Ich verpflichte mich, die Rechnung für Behandlung oder Medikamente zu begleichen, sofern die Kosten nicht von meiner Krankenversicherung übernommen werden. Gegebenenfalls übernehme ich einen Krankenrücktransport im Notfall.**

**5. Für PK-Teilnehmer:** Die Betreuungskosten sollen mit der Pflegekasse über folgende Leistungen abgerechnet werden

§ 39 Verhinderungspflege

§ 45b Entlastungsleistungen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Erziehungsberechtigten/gesetzl. Betreuer:in