



Freizeitpass

Evangelisches Dekanat

Wetterau

NAME DER VERANSTALTUNG:

ZEITRAUM:

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigten,

Qualität und Sicherheit unserer Veranstaltungen sind uns ein besonderes Anliegen. Um die Aufsicht Ihres Kindes angemessen gewährleisten zu können, benötigen wir konkrete Informationen und Ihre Einwilligung. Wir bitten Sie daher, diesen Freizeitpass vollständig auszufüllen. Bei Bedarf ergänzen Sie weitere Hinweise bitte auf Seite 3.

Ihr Freizeitteam

TEILNEHMER*IN:

Familienname

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Handynummer

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Vegetarier: ☐ ja ☐ nein

Veganer: ☐ ja ☐ nein

ERREICHBARKEIT DES/ DER SORGEBERECHTIGTEN WÄHREND DER VERANSTALTUNG:

Familienname

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

(Mobil-) Telefonnummer

E-Mail-Adresse

KRANKENVERSICHERUNG:

- Krankenversichert beifolgender ☐ gesetzlicher ☐ privater Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Versicherungsnummer

- Name des/ der Familienangehörigen, über den die oben genannte Person versichert ist:

Vor- und Familienname

- Besteht eine private Auslandsrankenversicherung? ☐ nein ☐ ja

Name der Auslandsrankenversicherung

Versicherungsnummer

- Kontaktdaten der Hausärztin oder des Hausarztes

Name, Telefonnummer

IMPFUNGEN:

- Geimpft gegen Tetanus/ Wundstarrkrampf? O nein O ja

 Letztes Impfdatum

- Geimpft gegen FSME (Zeckenbiss)? O nein O ja

 Letztes Impfdatum

- Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeitende eine Zecke bei meinem Kind entfernen darf:

 O nein O ja

Ist „nein“ angekreuzt, dann gehen die Mitarbeitenden mit Ihrem Kind zu einer Ärztin/einem Arzt. Bei festsitzenden Zecken wird immer eine Ärztin/ein Arzt aufgesucht.

- Im Fall einer ärztlichen Behandlung befreie ich die behandelnden Ärzte und die Leitung der Freizeit von der Schweigepflicht. Die Entbindung von der Schweigepflicht ist auf die Zeit der Freizeit beschränkt und jederzeit widerrufbar. O nein O ja

ERKRANKUNGEN & MEDIKAMENTE:

Sollte Ihr Kind während der Veranstaltung Medikamente einnehmen, informieren Sie uns bitte darüber. Wenn wir die Einnahme des Medikamentes sicherstellen sollen, brauchen wir von Ihnen dazu den Auftrag.

Worauf muss besonders geachtet werden? (z. B. Allergien, psychische Erkrankungen, Behinderungen, Herzfehler, Hitzeempfindlichkeit, Medikamentenempfindlichkeit, Abhängigkeiten von Medikamenten und Rauschmitteln, AD(H)S, Zahnsperre, Verhalten, Schlafwandel, Inkontinenz, Asthma usw. – ggf. gesonderte Mitteilung beifügen.)

Erkrankungen:

Es liegen Erkrankungen vor:

O ja O nein

Wenn ja, welche:

Regelmäßige Medikamente:

Es müssen **regelmäßig** Medikamente eingenommen werden:

O ja O nein

Wenn ja, welche und welche Dosierung:

O nimmt mein Kind selbst ein

O sollen unter Aufsicht eines*r Mitarbeitenden eingenommen werden

Name des/der Teilnehmer*in:



Medikamente:

Unregelmäßige Medikamente:

Es können bei Bedarf **unregelmäßig** Medikamente eingenommen werden:

O ja O nein

Wenn ja, welche und welche Dosierung:

Allergien/Lebensmittelunverträglichkeiten :

Es liegen Allergien/Lebensmittelunverträglichkeiten vor:

O ja O nein

Wenn ja, welche:

ZU DEN PROGRAMMANGEBOTEN:

- Baderlaubnis unter Aufsicht: O nein O ja
- Schwimmer*in: O nein O ja

Schwimmabzeichen (z.B. Seepferdchen, Jugendschwimmabzeichen, Rettungsschwimmer, ...)

- Erlaubnis für besondere Aktivitäten (z.B. Radfahren, Klettern, Kanu/ Boot fahren, Inlineskaten, usw.) wird erteilt:
O nein O ja *(Einzelheiten hierzu werden am Informationsabend mitgeteilt)*
- Mein Kind darf sich in Kleingruppen von mindestens 3 Personen nach verbindlichen Absprachen zu Zeit- und Treffpunkten ohne erwachsene Begleitperson frei bewegen. O nein O ja

Platz für weitere Bemerkungen (ggf. auf der Rückseite ergänzen):

INFORMATIONEN UND EINWILLIGUNGEN DES/ DER SORGEBERECHTIGTEN AN DEN/ DIE VERANSTALTER:

- Der Veranstalter übernimmt keine Haftung für abhanden gekommene, beschädigte oder verloren gegangene Gegenstände, die mein Kind oder einem Dritten gehören, es sei denn, dass dem Veranstalter ein Verschulden anzulasten ist.
- Die Veranstaltungsleitung ist berechtigt, Teilnehmende bei groben Verstößen gegen die geltenden Regelungen von der weiteren Teilnahme auszuschließen. Die Kosten der Rückreise (unter Umständen inkl. Begleitperson) gehen zu Lasten der Teilnehmenden. Ein Anspruch auf Rückerstattung des Veranstaltungspreises besteht nicht. Der Veranstalter ist nicht verpflichtet, eine Begleitperson für die Rückreise zu stellen.
- Mir ist bekannt, dass die Teilnehmenden während der Veranstaltung im Rahmen des Programms und ihrem Alter entsprechend freie Zeit haben, in der sie selbstständig und ohne direkte Aufsicht unterwegs sein dürfen.
- Während der Veranstaltung werden Fotos und teilweise Filmaufnahmen durch Mitarbeitende des Veranstalters und Teilnehmenden der Veranstaltung gemacht, auf denen ggf. auch Ihr Kind zu sehen ist. Vereinzelt wird dieses Bildmaterial zukünftig in der Werbung für die Jugendarbeit des Veranstalters eingesetzt. Dieses wählen wir sorgfältig und gewissenhaft aus. **Sie erteilen mit Ihrer Unterschrift die ausdrückliche, jederzeit widerrufliche, ansonsten jedoch unbefristete Zustimmung zur entsprechenden Verwendung von Bildern und Filmaufnahmen, auf denen Ihr Kind abgebildet ist.** Einer Veröffentlichung können Sie jederzeit widersprechen.
- Meine Kind ist von mir angewiesen worden, den Anordnungen der Verantwortlichen der Veranstaltung Folge zu leisten. Mir ist bekannt, dass der Veranstalter für Folgen von selbstständigen Unternehmungen und dadurch verursachte Schäden nicht haftet.
- Ich versichere, dass mein Kind an keiner ansteckenden Krankheit leidet und frei von Ungeziefer (z. B. Kopfläuse, Flöhe) ist bzw. zur Veranstaltung kommt.
- **Den Personalausweis/Reisepass sowie die Krankenversichertenkarte und der Impfausweis** werden zur Freizeit mitgeführt.

Mein Kind und ich/ wir selbst haben diese Informationen zur Kenntnis genommen. Mit der Unterschrift bestätigt der/die Sorgeberechtigte*n, dass die Informationen akzeptiert werden und alle Angaben richtig und vollständig sind.

X

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigte*n