

Bitte alle Punkte sorgfältig ausfüllen, damit die verantwortlichen Leiter der Maßnahme über das Wichtigste informiert sind und ihrer Aufsichtspflicht in vollem Umfang gerecht werden können. Selbstverständlich unterliegen diese Informationen der Verschwiegenheitspflicht sowie den Richtlinien zum Datenschutz.

Information Teilnehmer:in

Vor- & Familienname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Mobil

E-Mail

Geburtsdatum

Geschlecht (m/w/d)

Kontakt Personensorgeberechtigte:r

Vor- & Familienname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Mobil/ Telefon

Anschrift Hausarzt

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

Bitte Versichertenkarte & Kopie des Impfausweises bei Freizeitbeginn dem Leiter übergeben.

Krankenversicherung

Krankenversicherung

Versicherungsnummer

Versicherungsnehmer:in

Ich ermächtige den Leiter, falls notwendig, mein Kind in das nächstgelegene Krankenhaus einzuweisen und eine ärztliche Behandlung vornehmen zu lassen.

Nein

Ja

Erlaubnis/ Einschränkung

Hiermit erlauben wir dem Kind die Teilnahme:

- am Baden und Schwimmen

Nein

Ja

Nichtschwimmer

Schwimmer, Abzeichen: _____

- an Hobbygruppen inkl. Nutzung von einfachen elektrischen Geräten unter Aufsicht von geschulten Betreuern

Nein

Ja

- Fotoerlaubnis: Ich erkläre mich mit der Veröffentlichung der im Rahmen der Freizeit gemachten Fotos einverstanden. Diese werden im Rahmen der Arbeit des CVJM Kreisverband Starkenburg e.V. und nicht kommerziell genutzt

Privat

Nein

Ja

Internet

Nein

Ja

- Mir ist bekannt, dass mein Kind für seinen Besitz verantwortlich ist und, dass für verlorengegangene oder beschädigte Gegenstände keine Haftung übernommen werden kann.

Nein

Ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der angegebenen Daten und erkläre mich mit den Hinweisen einverstanden

Datum, Unterschrift

Impfung / Röntgen

Tetanus | letzter Termin

FSME (Zecken) | letzter Termin

Röntgen | letzter Termin

Bekannt Allergien, Unverträglichkeiten

Allergien

Krankheiten

Behinderungen

Lebensmittelunverträglichkeiten

Da wir ohne ärztliche Anweisung bzw. Genehmigung der Eltern keine Medikamente austeilen dürfen, bitten wir Sie uns nachfolgend zu bestätigen, wenn Ihr Kind Medikamente benötigt bzw. dass wir diese dann verabreichen sollen:

Medikament | Dosierung | Zeit

Unter die Gabe von Medikamenten fallen auch Pflaster, Wunddesinfektion oder das Entfernen von Zecken. Auch dazu ist eine explizite Erlaubnis erforderlich. Im Zweifelsfall wird immer ein Arzt konsultiert.

Alle Verletzungen werden im Verbandbuch der Freizeit vermerkt.

Durch Mitarbeitende dürfen:

Zecken entfernt werden:

Nein

Ja

Pflaster aufgeklebt werden:

Nein

Ja

Leichte Wunden desinfiziert werden:

Nein

Ja