

Teilnehmerfragebogen

Stand: Okt. 2016

Damit wir uns um das Wohlbefinden Ihres Kindes optimal kümmern können, bitten wir Sie, uns ausführlich über alle gesundheitlichen Besonderheiten zu informieren!

Name des/der TN: _____ Geburtsdatum: _____

Name der Freizeitmaßnahme: _____



Angaben der Eltern/Sorgeberechtigten:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Die/Der Erziehungsberechtigte(n) sind während der Ferienmaßnahme unter folgenden Telefonnummern zu erreichen:

Telefon: _____

Mobil: _____

Krankenversicherung:

Krankenversicherung des Kindes: _____

Hauptversicherter: _____

Hausarzt (Name, Adresse, ☎): _____

Mein Kind ist gesund ja nein

Mein Kind hat folgende Krankheiten überstanden:

Masern

Diphtherie

Scharlach

Keuchhusten

Windpocken

Röteln

Datum der letzten Impfung:

_____ Tetanus

_____ Zecken

_____ Sonstige

Leidet Ihr Kind an **Allergien/Überempfindlichkeiten**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

(evtl. vorhandenen Allergiepass in Kopie mitgeben)

Bitte beschreiben Sie die Auswirkungen der Allergie(n):

Welche Vorgehensweise empfehlen Sie uns im Falle des Auftretens?

Gesundheitliche Besonderheiten (krankhafte Veränderungen (auch Brüche) bei Knochen, Bändern, Gelenken, Herz- und Kreislaufsystem etc.):

Empfindlichkeiten auf folgenden Gebieten (z.B. Erkältung, Hals-/Nasen-/Ohrenempfindlichkeit, Kopfschmerzen, Sonnenbrand, Bronchitis etc.):

Hat Ihr Kind in den letzten Wochen vor der Freizeit eine schwere Krankheit überstanden oder eine Operation hinter sich gebracht?

Mein Kind ist auf die Einnahme von Medikamenten angewiesen: ja nein

Wenn ja: Name des Medikamentes: _____ Dosierung: _____
_____ bei Bedarf
_____ bei Bedarf
_____ bei Bedarf

Benötigt das Medikament besondere Aufbewahrung? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Gegen die Verabreichung folgender Medikamente bestehen keine Einwände:

(Bitte geben Sie Ihrem Kind das jeweilige Medikament auf die Freizeitmaßnahme mit!)

Name des Medikamentes:
 leichte Schmerzmittel
 Wunddesinfektion
 Insektenstichsalben

Evtl. psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten meines Kindes (z.B. Essstörungen, Bett-nässen, Angstattacken, Epilepsie, ADS usw.):

Ich/Wir bitte/n bzgl. dieser Frage um Rücksprache: ja nein

Unser Kind hat keine Erkrankung nach § 34 des Infektionsschutzgesetzes: stimmig

Sonstige Bemerkungen:

Ich/Wir erkläre(n) mit unten stehender Unterschrift, dass die obigen Fragen gewissenhaft beantwortet wurden. Wir verpflichten uns, Änderung des Gesundheitszustandes zu Beginn der Maßnahme zu melden!

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

- Mein Kind darf unter Aufsicht baden/schwimmen: ja nein
Er/sie ist: guter Schwimmer schwacher Schwimmer Nichtschwimmer
- Dürfen Zecken schnellstmöglich entfernt werden? ja nein
- Darf die Leitung in einem Notfall, in welchem die besondere Zustimmung der Eltern nicht rechtzeitig eingeholt werden kann und der Arzt schnelles Handeln für erforderlich hält, über die Durchführung eines ärztlichen Eingriffs stellvertretend für die Eltern entscheiden? ja nein

Besondere Essgewohnheiten

Mein Kind ist Vegetarier bzw. möchte fleischlos essen: ja nein

Weitere Besonderheiten (z. B. Lebensmittelallergie, kein Schweinefleisch etc.):

Wir sind damit einverstanden, dass Aufnahmen von Fotos und Filmen meines Kindes von der Veranstaltung für die satzungsmäßigen Zwecke des Kreisjugendring Traunstein auf dessen Webseite oder in Veröffentlichungen veröffentlicht werden dürfen: ja nein

Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind an oben genannter Veranstaltung teilnimmt und dass unser Kind während der Maßnahme an freizeitüblichen Aktivitäten unter Aufsicht teilnimmt (z. B. Workshops, Nachtwanderung, Wanderung, Baden, Geländespiele etc.). Wir haben Kenntnis davon, dass unser Kind während der Freizeit nicht ständig von den Betreuer/innen überwacht wird. Das Maß der Aufsichtspflicht richtet sich nach Alter, Einsichtsfähigkeit und Verantwortungsbewusstsein der Kinder. Wir haben unser Kind darauf hingewiesen, dass den Betreuer/innen Folge zu leisten ist. Außerdem akzeptieren wir mit unten stehender Unterschrift alle Teilnahmebedingungen, Hinweise und die Richtigkeit aller Angaben!

(Ort, Datum)

(Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)

**Bitte Kopie von Impfpass und Krankenversichertenkarte beifügen und bis spätestens 14 Tage vor Beginn der Freizeitmaßnahme an uns schicken.
Danke!!**