

Anmeldung zur Freizeitmaßnahme: _____

Vom: _____ bis: _____.

Name des/der TN: _____ Geburtsdatum: _____

Angaben zu den Eltern/Sorgeberechtigten:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

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

1.Tel: _____ 2.Tel: _____

Krankenversicherung:

Krankenversicherung des Kindes: _____

Hauptversicherter: _____

Hausarzt (Name, Adresse): _____

Mein Kind ist gesund O ja O nein

Mein Kind hat folgende Krankheiten überstanden:

O Masern O Diphtherie O Scharlach
O Keuchhusten O Windpocken O Röteln

Datum der letzten Impfung:

Tetanus Zecken Sonstige

Bitte Kopie von Impfpass und Krankenkarte beilegen!!

Leidet Ihr Kind an Allergien/Überempfindlichkeiten? O ja O 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?

Gesundheitlichen 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 folgender Medikamente angewiesen: ja nein

Name des Medikamentes: _____ Dosierung: _____ bei Bedarf

_____ bei Bedarf

_____ bei Bedarf

_____ bei Bedarf

Benötigt das Medikament besondere Aufbewahrung? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Gegen die Verabreichung folgender Medikamente bestehen keine Einwände:

Name des Medikamentes:

leichte Schmerzmittel _____

Wunddesinfektion _____

Insektenstichsalben _____

Evtl. Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten meines Kindes (z.B. Essstörungen, Bettnässen, Angstattacken, Epilepsie, ADS usw.):

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

Unser Kind hat keine Erkrankung nach §34 des Infektionsschutzgesetzes

stimmig

Sonstige Bemerkungen:

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/Sorgeberechtigten nicht rechtzeitig eingeholt werden kann und der Arzt schnelles Handeln für erforderlich hält, über die Durchführung eines ärztlichen Eingriffs stellvertretende für die Eltern/Sorgeberechtigten entscheiden?

Ja Nein

Besondere Essgewohnheiten

Vegetarisch Vegan Glutenfrei

Weitere Besonderheiten (z. B. Lebensmittelallergie etc.):

Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind an o. g. Veranstaltung teilnimmt und dass unser Kind während der Maßnahme an freizeittüblichen 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 Unterschrift alle Teilnahmebedingungen und Hinweise.

Wir/Ich erkläre(n), dass die vorstehenden Fragen gewissenhaft beantwortet wurden.

Wir verpflichten uns Änderung des Gesundheitszustandes bei Beginn der Maßnahme zu melden.

(Ort/Datum)

(1. Unterschrift Sorgeberechtigte)

(2. Unterschrift Sorgeberechtigter)