**Freizeitpass**

Musterfreizeit 2018

*Diesen Freizeitpass vollständig ausgefüllt, spätestens 14 Tage vor der Freizeit, der Freizeitbetreuungsperson zukommen lassen. Wir garantieren einen vertraulichen Umgang mit den Daten.*

**Teilnehmer\*in** 🞏 männlich 🞏 weiblich

Familienname Vorname

 \_ \_ \_ \_ \_

Straße Hausnr. PLZ Wohnort

\_ \_ . \_ \_ . \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ /\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Geburtsdatum E-Mail-Adresse (Mobil-)Telefon

**Erreichbarkeit der/des Sorgeberechtigten während der Veranstaltung**

Name Vorname

 \_ \_ \_ \_ \_

Straße Hausnr. PLZ Wohnort

\_ \_ . \_ \_ . \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ /\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Geburtsdatum E-Mail-Adresse (Mobil-)Telefon

**Gesundheitsfürsorge**

Teilnehmer\*in ist versichert bei folgender 🞏 gesetzlicher 🞏 privaten Krankenkasse:

Name der Krankenkasse Versicherungsnummer

Name des/der Familienangehörigen, über den der/die Teilnehmer\*in versichert ist:

Vor- und Familienname

*Krankenversichertenkarte bitte mitgeben!*

Ein/eine Mitarbeiter\*in darf eine Zecke bei meinem Kind entfernen. 🞏 ja 🞏 nein

*Ist „nein“ angekreuzt, dann gehen die Mitarbeiter\*innen mit ihrem Kind zum Arzt.*

**Medikamente**

Generell dürfen verschreibungspflichtige Medikamente nur nach einer Anamnese durch eine Ärztin/einen Arzt verabreicht werden. Daran halten wir uns. Sollte Ihr Kind Medikamente während der Freizeit einnehmen, informieren Sie uns bitte darüber. Wenn wir die Einnahme des Medikaments aus einem besonderen Grund sicherstellen sollen, brauchen wir von Ihnen dazu folgenden Auftrag:

Worauf muss besonders geachtet werden?

*(z.B. Allergien, Essgewohnheiten, Behinderungen, Herzfehler, Hitzeempfindlichkeit, Bettnässen, Medikamentenunverträglichkeit, ADS/ADHS, Zahnspange, Verhalten usw. ggf. gesonderte Mitteilung beifügen). Ggf. können ärztliche Atteste beigefügt werden.*

Sollte ihr Kind Medikamente während der Veranstaltung einnehmen, informieren sie uns bitte:

🞏 Kind nimmt selber ein 🞏 soll von Mitarbeiter\*innen verabreicht werden

Dosierung Warnhinweise

Verabreichung rezeptfreier Medikamente durch Mitarbeiter\*innen:

Bei Bedarf können wir Ihrem Kind rezeptfreie Medikamente wie Kopfschmerztabletten, Halstabletten, Wund- oder Stichsalbe verabreichen, bedürfen hierzu aber Ihrer ausdrücklichen Zustimmung. Hinweis: bei größeren Problemen nehmen wir in jedem Fall Kontakt mit Ihnen oder einer Ärztin/einem Arzt vor Ort auf. Wenn Sie uns keine Zustimmung geben, müssten wir Ihr Kind bei jeder Verletzung (z.B. auch Wespenstich) zur Ärztin/zum Arzt bringen.

Ich stimme der Verabreichung von **rezeptfreien** Medikamenten zu: 🞏 ja 🞏 nein

Ernährung: 🞏 vegetarisch 🞏 schweinefleischfrei 🞏

Sonstiges

**Weiteres wichtige: Bitte Durchlesen und ggf. ankreuzen**

Mein/unser Kind leidet beim Erscheinen zur Veranstaltung an keiner ansteckenden Krankheit und ist frei von Ungeziefer (z.B. Kopfläuse, Flöhen). Das Merkblatt *GEMEINSAM VOR INFEKTION SCHÜTZEN* des Robert-Koch-Instituts zu §34 Abs. 5 S.2 Infektionsschutzgesetz habe ich gelesen und mein Kind entsprechend belehrt.

Die PerspektivFabrik (nachstehend „Veranstalter“) übernimmt keine Haftung für abhanden gekommene, beschädigte oder verlorene Gegenstände, die meinem/unserem Kind oder einem Dritten gehören.

Teilnehmer\*in darf (unter Aufsicht) baden gehen: 🞏 ja 🞏 nein

Er/Sie kann schwimmen: 🞏 ja 🞏 nein

Er/Sie darf (gesichert) klettern: 🞏 ja 🞏 nein

Er/Sie darf als Teil einer Dreiergruppe, nach Absprache mit der Aufsichts- 🞏 ja 🞏 nein

person, in einem abgesprochenen Bereich selbständig unterwegs sein

Wenn mein Kind, mit seinem Verhalten die Freizeit gefährdet oder durch sein Verhalten sich selbst oder andere gefährdet, kann der Veranstalter berechtigt den Vertrag der Teilnahme an dieser Veranstaltung fristlos kündigen. Die zusätzlichen Kosten gehen in diesem Fall zu Lasten des Gekündigten.

Mein Kind ist von mir/uns angewiesen worden, den Anordnungen der Verantwortlichen Folge zu leisten. Mir/uns ist bekannt, dass der Veranstalter für Folgen von selbstständigen Unternehmungen und dadurch verursachte Schäden nicht haftet.

**Übertragung der Bildrechte**

Hiermit bestätige ich, dass ich mit einer Veröffentlichung, der vom CVJM-Ostwerk e.V. Landesverband in Berlin und Brandenburg, der PerspektivFabrik gGmbH und deren Partner gemachten Aufnahmen einverstanden bin und ich die Rechte an meinem Bild abtrete.

Ich verzichte auf Honorarzahlungen in jeglicher Form und erhebe keinerlei Ansprüche.

Name des Teilnehmers/der Teilnehmerin darf genannt werden. 🞏 ja 🞏 nein

Ich gestatte die Nutzung der Aufnahmen für alle Medien (Print, Presseerzeugnisse, Internet, Film, ggf. O-Töne im Hörfunk und im TV). Eine zeitliche, räumliche oder inhaltliche Beschränkung der Verwendung ist nicht vereinbart. Der Weiterverkauf der Bilder ist nicht zulässig.

Wir versichern, dass das Bildmaterial nicht für Zwecke unerlaubter oder strafbarer Handlungen oder in rufschädigender Art verwendet wird. Dieser Vereinbarung darf jederzeit widersprochen werden.

**Ich stimme den Reisebedingungen des CVJM-Ostwerk e.V. zu.***Im Internet: www.cvjm-ostwerk.de ersichtlich.*

Datum und Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers

Datum und Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

|  |  |
| --- | --- |
| **CVJM-Ostwerk e.V.**Landesverband Berlin-BrandenburgSophienstr. 1910178 BerlinFon: 030-284977-0 | **PerspektivFabrik gGmbH**Haus am SeeAusbau am See 114778 Beetzseeheide OT MötzowTelefon: 033836-40257 |