|  |
| --- |
| **FreizeitPass****Veranstaltung „xxxx“ (z.B.: Kinderfreizeit)**xx.-xx. Monat 201x in xxxx |

|  |
| --- |
| Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte, Qualität und Sicherheit unserer Veranstaltungen sind uns ein besonderes Anliegen. Die Aufsicht über ihr Kind wollen wir inhaltlich angemessen, den Interessen ihres Kindes und der anderen TeilnehmerInnen entsprechend, wahrnehmen. Hierzu benötigen wir konkrete Informationen von Ihnen sowie Ihre Einwilligung. Wir bitten Sie daher, diesen FreizeitPass vollständig und sorgfältig auszufüllen. Nur die Verantwortlichen und die Geschäftsstelle erhalten in diesem FreizeitPass Einsicht. Bei Bedarf ergänzen Sie weitere Hinweise bitte auf einem Beiblatt. |

**TeilnehmerIn**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Familienname |  | Vorname |  |
| Straße | Nr. |  | PLZ | Ort |  |
| Mobilfunknummer |  | E-Mail-Adresse |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Familienname |  | Vorname Mutter |  |
| Familienname |  | Vorname Vater |  |
| Straße | Nr. |  |  | PLZ | Ort |  |  |
| Mobilfunknummer | / | E-Mail-Adresse |  |
| Festnetznummer | / | Sonstige Nummer | / |

**Namen von Verwandten, Freunden, Nachbarn usw. die im Notfall weiterhelfen könnten**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| [Mobil-)Telefonnummer |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ernährungshinweise (z.B. Vegetarier, Laktoseintoleranz) |  |

**Gesundheitsfürsorge**

Krankenversichert bei folgender 🞏 gesetzlicher 🞏 privater **Krankenkasse**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name der Krankenkasse |  | Versicherungs-nummer |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Vor- und Familienname |  |

**Kontaktdaten der Hausärztin oder des Hausarztes**

|  |  |
| --- | --- |
| NameKontaktdaten |  |

**Impfungen**

(Bitte die Impfungen eintragen oder Impfpass oder Fotokopie des Impfpasses beilegen.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Geimpft gegen Tetanus/Wundstarrkrampf?  | 🞏 ja 🞏 nein | Geimpft gegen FSME (Zeckenbiss)  | 🞏 ja 🞏 nein |
| Letztes Impfdatum |  | Letztes Impfdatum |  |

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass ein/eine MitarbeiterIn eine Zecke bei meinem/unserem Kind entfernen darf:

🞏 ja 🞏 nein

Ist „nein“ angekreuzt, gehen die Mitarbeiter mit ihrem Kind zu einer Ärztin / einem Arzt.

|  |  |
| --- | --- |
| Folgende ärztliche Atteste sind beigelegt:  |  |

**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 Veranstaltung 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, 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 darüber:

|  |
| --- |
|  |
| Name des Medikaments |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 nimmt mein Kind selber ein | 🞏 soll von den MitarbeiterInnen verabreicht werden: |
| Dosierung |  | Warnhinweise |  |

**Verabreichung rezeptfreier Medikamente durch MitarbeiterInnen:**

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, werden 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

**Bitte zur Kenntnisnahme ankreuzen:**

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 | Ich versichere, dass mein/unser Kind an keiner ansteckenden Krankheit leidet und frei von Ungeziefer (z.B. Kopfläuse, Flöhen) ist bzw. zur Veranstaltung kommt. 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. |
| 🞏 | Das CVJM-Ostwerk e.V. (nachstehend „Veranstalter“) übernimmt keine Haftung für abhanden gekommene, beschädigte oder verlorene Gegenstände, die meinem/unserem Kind oder einem Dritten gehören.  |
|  | 🞏🞏🞏  | Badeerlaubnis unter AufsichtMein / Unser Schwimmer/in Mein / Unser Kind darf Sport machen  | 🞏🞏🞏 | Keine Badeerlaubnis unter AufsichtNichtschwimmer darf keinen Sport machen  |
| 🞏 | Mein / Unser Kind darf sich in Kleingruppen bewegen.  |
| 🞏 | Mir/uns ist bekannt, dass die TeilnehmerInnen 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. |
| 🞏 | Wenn mein Kind, mit seinem Verhalten die Veranstaltung 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 |
| 🞏 | Der/die Veranstalter/in übernimmt keine Haftung für abhanden gekommene, beschädigte oder verlorene Gegenstände, die meiner Tochter/ meinem Sohn oder einem Dritten gehören, es sei denn, dass dem/der Veranstalter/in ein Verschulden anzulasten ist. |

**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