



TEILNEHMERIN/TEILNEHMER

FAMILIENNAME

VORNAME

STRASSE HAUSNUMMER

PLZ WOHNORT, EVTL. LAND

GEB.-DATUM GESCHLECHT
weiblich männlich

(MOBIL-)TELEFONNUMMER

NAME DER VERANSTALTUNG

Segelfreizeit 2019 der Ev. Kirchengemeinde Daaden

TERMIN
29.06.-13.07.2019

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigten,

Qualität und Sicherheit unserer Veranstaltungen sind uns ein besonderes Anliegen. Die Aufsicht über Ihre Tochter/Ihren Sohn wollen wir inhaltlich angemessen, den Interessen Ihrer Tochter/Ihres Sohnes und der anderen Teilnehmenden 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 Verwaltung der Veranstaltung erhalten in diesen **FREIZEITPASS** Einsicht. Bei Bedarf ergänzen Sie weitere Hinweise bitte auf einem Beiblatt.

Ihre Verantwortlichen der Veranstaltung

ERREICHBARKEIT DES/DER SORGBERECHTIGTEN WÄHREND DER VERANSTALTUNG:

| | |
|--|---|
| FAMILIENNAME | (MOBIL-)TELEFONNUMMER |
| VORNAME | E-MAIL-ADRESSE |
| STRASSE HAUSNR | NAME(N) VON VERWANDTEN, FREUNDINNEN/FREUNDEN, DIE IM NOTFALL WEITERHELFFEN KÖNNEN |
| PLZ WOHNORT, EVTL. LAND | (MOBIL-)TELEFONNUMMER |

GESUNDHEITSFÜRSORGE

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

| | |
|-----------------------|---------------------|
| NAME DER KRANKENKASSE | VERSICHERUNGSNUMMER |
|-----------------------|---------------------|

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

VOR- UND FAMILIENNAME

◆ Die Versichertenkarte ist diesem **FREIZEITPASS** beigelegt Diese wird zur Veranstaltung mitgebracht

◆ Besteht eine **Auslandskrankenversicherung** nein ja

| | |
|-----------------------|---------------------|
| NAME DER KRANKENKASSE | VERSICHERUNGSNUMMER |
|-----------------------|---------------------|

Kontaktdaten der Hausärztin oder des Hausarztes

NAME

◆ Teilnahme am Hausarztmodell nein ja

Impfungen

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

Geimpft gegen Tetanus/Wundstarrkrampf? nein ja

Geimpft gegen FSME (Zeckenbiss)? nein ja

LETZTES IMPFDATUM

LETZTES IMPFDATUM

Ich bin damit einverstanden, dass eine/ein Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter eine Zecke bei meiner Tochter/meinem Sohn entfernen darf: nein ja
Ist „nein“ angekreuzt, dann gehen die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn 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 Ihre Tochter/Ihr Sohn Medikamente während der Veranstaltung einnehmen, informieren Sie uns bitte darüber. Wenn wir die Einnahme des Medikamentes aus einem besonderen Grund sicherstellen sollen, brauchen wir von Ihnen dazu den folgenden Auftrag:

Worauf muss besonders geachtet werden?

(z. B. Allergien, Behinderungen, Herzfehler, Hitzeempfindlichkeit, Bettnässen, Medikamentenunverträglichkeit, Abhängigkeiten von Medikamenten und Rauschmitteln, ADS/ADHS, Zahnsplange, Verhalten usw. - ggf. gesonderte Mitteilung beifügen). Ggf. können ärztliche Atteste beigelegt werden.

Sollte Ihre Tochter/Ihr Sohn Medikamente während der Veranstaltung einnehmen, informieren Sie uns bitte darüber:

NAME DES MEDIKAMENTES

nimmt meine Tochter/mein Sohn selber ein

soll von den Mitarbeitenden verabreicht werden:

| | |
|-----------|--------------|
| DOSIERUNG | WARNHINWEISE |
|-----------|--------------|

Weitere Informationen

Z.B. Identität, Verhalten usw.

PRIVATE HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Besteht eine private Haftpflichtversicherung nein ja

ZU DEN PROGRAMMANGEBOTEN

Badeerlaubnis unter Aufsicht nein ja

Schwimmerin/Schwimmer nein ja

SCHWIMMABZEICHEN: (Z.B. SEEPFERDCHEN, JUGENDSCHWIMMABZEICHEN, SCHWIMMABZEICHEN "SEERÄUBER"...)

Erlaubnis für besondere Aktivitäten (z. B. Radfahren, Klettern, Kanu/Boot fahren, Inlineskaten, Reiten usw.) wird erteilt:
nein ja (Einzelheiten hierzu sind im Informationsbrief zu finden)

GGF. ERGÄNZENDE HINWEISE

ERNÄHRUNG

Besondere Hinweise zur Ernährung: Vegetarier/in kein Schweinefleisch sonstiges (Einzelheiten bitte ins Feld UNVERTRÄGLICHKEITEN)

UNVERTRÄGLICHKEITEN

INFORMATIONEN UND EINWILLIGUNGEN DES/DER SORGBERECHTIGTEN AN DIE/DEN VERANSTALTERIN/VERANSTALTER

- ◆ 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.
- ◆ Wenn meine Tochter/mein Sohn mit ihrem/seinem Verhalten die Veranstaltung gefährdet oder durch sein Verhalten sich selbst oder andere gefährdet, kann der/die Veranstalter/in meine Tochter/meinen Sohn auf meine Kosten nach Hause schicken. In diesem Fall ist der/die Veranstalter/in berechtigt den Vertrag der Teilnahme an dieser Veranstaltung fristlos zu kündigen. Die vom/von der Veranstalter/in eingesetzten Leiter/innen oder sonstigen Verantwortlichen sind ausdrücklich bevollmächtigt, Abmahnungen und Kündigungen namens des Veranstalters/der Veranstalterin vorzunehmen. Die zusätzlich entstandenen Kosten gehen in diesem Fall zu Lasten des/der Gekündigten. Sind mit Ihnen bzw. Ihrer Tochter/Ihrem Sohn Teilnahme- oder Reisebedingungen rechtswirksam vereinbart worden, dann gelten in Ergänzung zu den vorstehenden Erklärungen die dortigen Regelungen zur Kündigung des Teilnahme- oder Reisevertrages.
- ◆ Während der Veranstaltung werden Fotos und teilweise Videos durch Mitarbeitende des Veranstalters/der Veranstalterin und Teilnehmende der Veranstaltung gemacht, auf denen ggf. auch Ihre Tochter/Ihr Sohn zu sehen ist. Vereinzelt werden Fotos vom/von der Veranstalter/in in seinen Publikationen abgedruckt und im Internet Fotos und kurze Videos verwendet. Wir wählen die Fotos und Videos sorgfältig und gewissenhaft aus. **Sie erteilen mit Ihrer Unterschrift die ausdrückliche, jederzeit widerrufliche, ansonsten jedoch unbefristete, Zustimmung zur entsprechenden Verwendung von Bildern und Videos, auf denen Ihre Tochter/Ihr Sohn abgebildet ist.** Eine Verwendung ohne ihre Zustimmung ist darüber hinaus in den gesetzlich geregelten Fällen zulässig. Ihnen ist dabei bekannt, dass digitale Bilder und Videos aus dem Internet kopiert, woanders verwendet oder auch verändert werden können, ohne dass der/die Veranstalter/in darauf Einfluss hätte. Einer Veröffentlichung können Sie jederzeit widersprechen. Der/die Veranstalter/in wird im Falle eines Widerspruchs das Bild oder das Video zeitnah aus dem von ihr/ihm verantworteten Bereich im Internet (Homepage des/der Veranstalter/in) entfernen. Eine Verpflichtung zur Veranlassung der Beseitigung in Suchmaschinen, Social-Media-Portalen, Bildportalen oder sonstigen digitalen Medien (z.B. Facebook, Twitter, Instagram, WhatsApp) besteht jedoch nicht, soweit der/die Veranstalter/in die Einstellung dort nicht selbst vorgenommen oder aktiv veranlasst hat. Auf eine Vergütung für die Veröffentlichung eines Bildes oder einer Videosequenz verzichten Sie hiermit ausdrücklich. Auf die Fotos oder Videos, die die Teilnehmenden machen, hat der/die Veranstalter/in keinen Einfluss; er/sie ist nicht verpflichtet, diesbezüglich Verbote oder Gebote auszusprechen bzw. Kontrollen vorzunehmen.
- ◆ Meine Tochter/mein Sohn ist von mir angewiesen worden, den Anordnungen der Verantwortlichen der Veranstaltung Folge zu leisten. Mir ist bekannt, dass der/die Veranstalter/in für Folgen von selbstständigen Unternehmungen und dadurch verursachte Schäden nicht haftet.
- ◆ Mir ist bekannt, dass die Teilnehmenden 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.
- ◆ Ich versichere, dass meine Tochter/mein Sohn an keiner ansteckenden Krankheit leidet und frei von Ungeziefer (z. B. Kopfläusen, Flöhen) ist bzw. zur Veranstaltung kommt. Das Merkblatt GEMEINSAM VOR INFESTIONEN SCHÜTZEN des Robert-Koch-Instituts zu § 34 Abs. 5 S. 2 Infektionsschutzgesetz habe ich gelesen und meine Tochter/meinen Sohn entsprechend belehrt.

Meine Tochter/mein Sohn und ich/ wir selbst haben diese Informationen zur Kenntnis genommen. Mit der Unterschrift bestätigt der/die Sorgeberechtigte/n, dass die Informationen akzeptiert werden und alle Angaben richtig und vollständig sind.

Als Alleinunterzeichner/in bestätige ich gleichzeitig, dass ich alleinige/r Sorgeberechtigte/r bin, bzw. vom anderen Sorgeberechtigten (anderen Elternteil) mit der Abgabe der entsprechenden Erklärungen beauftragt bin und in dessen Kenntnis und Einverständnis handle.

DATUM

UNTERSCHRIFT DES/DER SORGBERECHTIGTE(N) (BEIDE ELTERNTEILE)

X

X

DATUM

UNTERSCHRIFT JUGENDLICHE/R

X

Bitte diesen FREIZEITPASS spätestens 1 Monat vor Beginn der Veranstaltung zurücksenden. Sollte Ihre Anmeldung kurzfristig erfolgen, muss der ausgefüllte FREIZEITPASS mit der Anmeldung vorliegen. Herzlichen Dank!

Ev. Kirchengemeinde Daaden
Kirchplatz 1
57567 Daaden

Adressfeld für Rücksendung

Anlage: Merkblatt GEMEINSAM VOR INFEKTIONEN SCHÜTZEN

Hinweis: Die Mitarbeitenden des Veranstalters/der Veranstalterin versichern den vertrauensvollen Umgang mit den Informationen in diesem FREIZEITPASS. Die Daten Ihrer Tochter/Ihres Sohnes werden von den Mitarbeitenden der Veranstaltung nur weitergegeben bei Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und gegenüber Behörden. Dieser FREIZEITPASS wird bis zur Verjährung von möglichen rechtlichen Ansprüchen des/der Teilnehmenden oder des/der Sorgeberechtigten beim Veranstalter/bei der Veranstalterin, unter Beachtung des Datenschutzes, aufbewahrt. Nach Ende dieser Aufbewahrungsfrist wird der FREIZEITPASS mit dem Aktenvernichter vernichtet.

© Evangelisches Jugendwerk in Württemberg | Stand 05/2019

WICHTIGE ZUSÄTZLICHE ANGABEN ZUM/ZUR TEILNEHMER/IN:

NUMMER DES PERSONALAUSWEISES/ KINDERREISEPASSES - GÜLTIG BIS (DATUM)

GEBURTSORT

NATIONALITÄT

VERABREICHUNG REZEPTFREIER MEDIKAMENTE DURCH DIE MITARBEITENDEN DER VERANSTALTUNG

Bei Bedarf können wir Ihrer Tochter/Ihrem Sohn rezeptfreie Medikamente wie Kopfschmerztabletten, Halstabletten, Wund- oder Sticksalbe 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 Ihre Tochter/Ihren Sohn bei jeder Verletzung (z. B. Wespenstich) zur Ärztin/zum Arzt bringen.

Ich stimme der Verabreichung folgender, REZEPTFREIER Medikamente zu. JA NEIN

BEI GRUNDSÄTZLICHER ZUSTIMMUNG BITTEN WIR SIE GGFS., HIER IM FOLGENDEN DIE REZEPTFREIEN MEDIKAMENTE *d u r c h z u s t r e i c h e n*, DIE WIR IHREM KIND NICHT VERABREICHEN DÜRFEN:

Paracetamol oder Ibuprofen (bei Fieber und Schmerzen) – Iberogast (bei Übelkeit) – Immodium, Perenterol oder Kohletabletten (bei Durchfall) – Ambroxol (bei Husten) – Dolo Dobendan (bei Halsschmerzen) – Buscopan (bei Krämpfen) – Voltaren oder Heparin (bei Prellungen) – Fenistil (bei Sonnenbrand und Wunden).

WICHTIGE FREIZEITREGELN!!!

Folgende Regeln sind UNBEDINGT auf der Freizeit einzuhalten: - Drogen, Alkoholika und Zigaretten sind auf der gesamten Freizeit verboten! - Handys und MP3-Player sind an Deck STRENGSTENS VERBOTEN. Sie dürfen aber auf den Zimmern außerhalb des Programms benutzt werden. - NICHT ERLAUBT sind Tablets, Laptops, portable Spielkonsolen, mobile DVD-Spieler, mobile (Bluetooth-)Boxen oder Ähnliches. - Jungen haben nichts auf Mädchenzimmern zu suchen, und Mädchen haben nichts auf Jungenzimmern zu suchen - auch tagsüber! - Jeder beteiligt sich am gemeinsamen Programm und auch an den von den Mitarbeitenden geregelten Küchen- und Hygienediensten. Die ausführlichen Freizeitregeln sind zu beachten!

gefördert vom



Arbeitsgemeinschaft der Evangelischen
Jugend in Deutschland e.V.

Evangelisches Jugendwerk
in Württemberg