

Mädchen-Zeltlager – Freizeitpass

24. Juli – 05. August 2022 in Lünne, Zeltplatz „Sanddeele“

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 Teilnehmer:innen 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 diesen Freizeitpass Einsicht. Bei Bedarf ergänzen Sie weitere Hinweise bitte auf einem Beiblatt.

Teilnehmer:in

Familienname		Vorname	
Straße Nr.		PLZ Ort	
Geburtsdatum			
CVJM Gemeinde		Zeltwunsch: <i>max. 2-3 Namen</i>	

Erreichbarkeit des / der Sorgeberechtigten während der Veranstaltung:

Familienname		Vorname Mutter	
		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	

Gesundheitsfürsorge:

Krankenversichert beifolgender gesetzlicher privater Krankenkasse:

Name der Krankenkasse		Versicherungsnummer	
-----------------------	--	---------------------	--

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

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

Kontaktdaten der Hausärztin oder des Hausarztes:

Name Kontaktdaten	
----------------------	--

Impfungen:

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

Geimpft gegen Tetanus/Wundstarrkrampf?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Geimpft gegen FSME (Zeckenbiss)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Letztes Impfdatum		Letztes Impfdatum	

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass Mitarbeitende eine Zecke bei meinem/unserem Kind entfernen dürfen: nein ja
Ist „nein“ angekreuzt, gehen die Mitarbeitenden mit Ihrem Kind zu einer Ärztin/einem Arzt.

Folgende ärztliche Atteste sind beigelegt:	
--	--

Ernährungshinweise: (Vegetarisch; Unverträglichkeiten, ...)

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 müssen, 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, Bettnässe, Medikamentenunverträglichkeit, ADS/ADHS, Zahnspange, Verhalten usw. ggf. gesonderte Mitteilung beifügen). Ggf. können ärztliche Atteste beigelegt werden.

Sollte Ihr Kind Medikamente während der Freizeit einnehmen, informieren Sie uns bitte darüber:

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

nimmt mein/unser Kind selber ein soll von den Mitarbeitenden verabreicht werden:

Dosierung		Warnhinweise	
-----------	--	--------------	--

Verabreichung rezeptfreier Medikamente durch Mitarbeitende:

Bei Bedarf können wir Ihrem Kind rezeptfreie Medikamente wie Kopfschmerztabletten, Halsschmerztabletten, Wund- oder Stichesalben verabreichen, bedürfen hierzu aber Ihrer ausdrücklichen Zustimmung. Hinweis: Sollte keine Besserung eintreten, nehmen wir in jedem Fall Kontakt mit Ihnen und 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: nein ja

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
[https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Belehrungsbogen/belehrungsbogen_eltern_deutsch.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Belehrungsbogen/belehrungsbogen_eltern_deutsch.pdf?blob=publicationFile)

Der CVJM Kreisverband Bünde übernimmt keine Haftung für abhanden gekommene, beschädigte oder verlorene Gegenstände, die meinem/unserem Kind oder einem Dritten gehören.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Badeerlaubnis unter Aufsicht | <input type="checkbox"/> Keine Badeerlaubnis unter Aufsicht |
| <input type="checkbox"/> Mein/Unser Kind ist Schwimmer:in | <input type="checkbox"/> Nichtschwimmer:in |
| <input type="checkbox"/> Mein/Unser Kind darf Sport machen | <input type="checkbox"/> darf keinen Sport machen |

Mein/Unser Kind darf sich in einer Kleingruppen durch den Ort bewegen. Der Weg in den Ort wird begleitet. Im Ort sind immer betreuende Mitarbeitende in der Nähe.

Hiermit erteile/n ich/wir die jederzeit widerrufliche, ansonsten jedoch unbefristete, Zustimmung zur entsprechenden Verwendung von Bildern und Videos, auf denen mein/unser Kind abgebildet ist. Die Fotos und Videos werden sorgfältig und gewissenhaft ausgewählt und im Rahmen des CVJM Kreisverbandes Bünde für Publikationen, auf der Internetseite und/oder in Social-Media-Portalen des Kreisverbandes, verwendet.

Wenn mein Kind mit seinem Verhalten, die Freizeit gefährdet oder durch sein Verhalten sich selbst oder andere gefährdet, ist 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.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die auf dieser Anmeldung zum „Mädchen Zeltlager 2022“ erhobenen personenbezogenen Daten vom CVJM Kreisverband Bünde zur Durchführung und Abwicklung dieser Maßnahme gespeichert und verwendet werden dürfen.

Ort / Datum

Unterschrift Teilnehmer:in
Unterschrift Sorgeberechtigte

