

Jungschar-Zeltlager - Anmeldung/Freizeitpass 16. August bis 28. August 2026 in Wallenhorst, Zeltplatz Hollager Mühle	Bitte ankreuzen: ☐ Mädchenzeltlager ☐ Jungenzeltlager
--	---

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigten, 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 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 Geschäftsstelle erhalten in diesen Freizeitpass Einsicht. Bei Bedarf ergänzen Sie weitere Hinweise bitte auf einem Beiblatt. (Bitte schreiben Sie in Blockbuchstaben)*

A) Teilnehmer:in

Nachname		Vorname <i>(Rufname unterstreichen)</i>	
Straße Nr.		PLZ Ort	
Telefonnummer Sorgeberechtigte:r		Zeltwunsch <i>(gemeinsam im Zelt mit:)</i>	
E-Mail-Adresse Sorgeberechtigte:r			

B) Gesundheitsfürsorge

Mein/unser Kind ist krankenversichert bei folgender ☐ gesetzlicher / ☐ privater Krankenkasse:

Name der Krankenkasse		Versicherungsnummer	
Vor- und Nachname des/der Familienangehörigen, über den/die das Kind versichert ist			
Name der Hausärztin/des Hausarztes		Adresse der Hausärztin/des Hausarztes	
Telefonnummer			

C) Ernährungshinweise

Im Hinblick auf Speisen und Getränke bzw. deren Zubereitung muss bei meinem/unserem Kind auf Folgendes geachtet werden:

- ☐ vegetarische Verpflegung
 ☐ vegane Verpflegung
 ☐ kein Schweinefleisch
 ☐ Glutenunverträglichkeit
 ☐ Diabetes
☐ Laktoseintoleranz
☐ Allergie/Überempfindlichkeit gegenüber: _____
(Lebensmittel/Zutaten wie z.B. Laktose, Gluten, Eier, Nüsse, Weizenmehl, Zitrusfrüchte, ...)

Weitere Hinweise für das Küchenteam zum Umgang mit Speisen/Lebensmitteln/etc. *(bitte eine möglichst genaue Beschreibung):*

--

D) Verschreibungspflichtige Medikamente / Medikamentenplan

Mein/Unser Kind muss aufgrund einer ärztlichen Verordnung Medikamente zu sich nehmen: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ‚ja‘ angekreuzt wurde, füllen Sie bitte den beiliegenden Medikamentenplan gewissenhaft aus und senden ihn der Lagerleitung zusammen mit dem Freizeitpass zu und geben ihn außerdem Ihrem Kind im Zeltlager mit.

☐ Wir werden den Medikamentenplan sowie die auf dem Medikamentenplan aufgeführten Medikamente zu Beginn bzw. bei Abfahrt an die Mitarbeitenden übergeben.

E) Verabreichung rezeptfreier Medikamente durch Mitarbeitende

Der CVJM Kreisverband Bünde e.V. weist darauf hin, dass es Mitarbeitenden im Rahmen der Aufsichtspflicht nicht erlaubt ist, eigenverantwortlich medizinische Diagnosen zu treffen und ohne ausdrückliche Erlaubnis der Sorgeberechtigten oder ohne Verordnung durch einen Arzt/eine Ärztin Medikamente zu verabreichen.

Bei Bedarf können wir Ihrem jedoch Kind rezeptfreie Medikamente verabreichen, bedürfen hierfür aber Ihrer ausdrücklichen Zustimmung. *(Hinweis: Sollte keine Besserung eintreten, nehmen wir in jedem Fall Kontakt mit Ihnen und einem Arzt/einer Ärztin auf.)*

Ich/wir stimme/n der Verabreichung folgender **rezeptfreier** Medikamenten zu (bitte ankreuzen):

Paracetamol (Tabletten / Saft)	☐	Fenistil	☐	Schmerzgel (z.B. Traumeel)	☐	Hustensaft	☐
Ibuprofen / Ibuflam	☐	Fenistil Hydrocort	☐	Wundsalbe (z.B. Bepanthen)	☐	Pflaster	☐

Falls bei Ihrem Kind mit dem Auftreten von bestimmten Krankheiten (*Übelkeit, Kopfschmerzen, Durchfall etc.*) zu rechnen ist, steht es Ihnen frei, Ihrem Kind Medikamente hierfür mitzugeben und es genau anzuweisen, wann und wie diese anzuwenden sind bzw. die Mitarbeitenden zu bitten, dies zu übernehmen.

F) Impfungen

(Bitte die Impfungen eintragen und eine Fotokopie des Impfpasses beilegen)

Tetanus/Wundstarrkrampf	☐ Ja ☐ Nein	FSME (Zeckenbiss)	☐ Ja ☐ Nein
Letztes Impfdatum		Letztes Impfdatum	

G) Umgang mit Zecken

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass Mitarbeitende Zecken bei meinem/unserem Kind entfernen: ☐ Ja ☐ Nein
(Ist „nein“ angekreuzt, gehen die Mitarbeitenden mit Ihrem Kind zu einer Ärztin/einem Arzt.)

H) Wichtige Hinweise zum/zur Teilnehmer:in

Wir möchten Ihrem Kind das Zeltlager so angenehm wie möglich gestalten. Dazu sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Bitte informieren Sie uns ausführlich darüber, welche Anmerkungen es für die Betreuung Ihres Kindes gibt, die für eine individuelle Aufsichtspflicht wichtig sind, vor allem im Hinblick auf die Dauer des Zeltlagers, den konstanten Kontakt zu anderen Kindern und Mitarbeitenden sowie die Art der Unterbringung. Bitte führen Sie alles auf, was eine Rolle spielen könnte!

Zum Beispiel: Heimwehprobleme, Zahnschmerzen, Allergien, Behinderungen, Herzfehler, Bettnässen, Einschlafproblematiken, Blutgerinnungsstörung, Medikamentenunverträglichkeit, Verhaltensauffälligkeiten (z. B. ADS/ADHS, psychische Erkrankungen, Impulsivität, Essstörung, soziale Verträglichkeit mit anderen Kindern), Hinweise zur Familienkonstellation, Änderung der Medikamenteneinstellung in den letzten Wochen, etc.

(In diesen Fällen nehmen Sie bitte im Vorfeld persönlichen Kontakt zur Lagerleitung auf!)

I) Weitere Versicherungen (zur Kenntnisnahme bitte ankreuzen)

☐	Ich/wir versichere/n, dass mein/unser Kind an keiner ansteckenden Krankheit nach §34 des Infektionsschutzgesetzes leidet und frei von Ungeziefer (z.B. Kopfläuse, Flöhe) ist. Des Weiteren erkläre/n ich/wir, dass ich/wir mit dem CVJM Kreisverband Bünde e. V. unverzüglich Kontakt aufnehmen werde/n, wenn es oder ein:e Familienangehörige:r in den letzten 6 Wochen vor Beginn des Zeltlagers an einer solchen Krankheit erkrankt war. Mir/Uns ist bewusst, dass eine solche ansteckende Erkrankung die Teilnahme meines/unseres Kindes an der Reise ausschließt oder - sollte die Erkrankung am Freizeitort eintreten - ggf. eine vorzeitige Heimreise meines/unseres Kindes erforderlich machen kann.
	Badeerlaubnis (generell unter Aufsicht) Mein/Unser Kind darf baden ☐ Ja ☐ Nein Mein/Unser Kind ist Schwimmer:in ☐ Ja ☐ Nein Programmangebote - Mein/Unser Kind darf an Sportangeboten teilnehmen. ☐ Ja ☐ Nein - Mein/Unser Kind darf sich in Kleingruppen, außerhalb des Zeltplatzes, durch den Ort bewegen. (Der Weg in den Ort wird begleitet; im Ort sind immer Mitarbeitende in der Nähe.) ☐ Ja ☐ Nein - Für Programmangebote, die außerhalb des Zeltplatzes stattfinden, gebe/n ich/wir mein/unser Einverständnis zur Mitnahme meines/unseres Kindes im „Bulli“ des CVJM Kreisverband Bünde e.V. bzw. in PKWs von Mitarbeitenden. ☐ Ja ☐ Nein
☐	Mit meiner/unserer Unterschrift gebe/n ich/wir die Erlaubnis, dass bei meinem/unserem Kind in medizinisch relevanten Fällen bildgebende Verfahren (z.B. Röntgen-Aufnahmen in einer Arztpraxis/in einem Krankenhaus) im Beisein der Mitarbeitenden durchgeführt werden dürfen. (Die Sorgeberechtigten werden vorab über entsprechende Maßnahmen informiert und stets auf dem Laufenden gehalten.)
☐	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. Das Bild-/Videomaterial wird gewissenhaft ausgewählt und im Rahmen des CVJM Kreisverbandes Bünde e.V. für Publikationen verwendet.
☐	Wenn mein/unser Kind mit/durch sein/ihr Verhalten sich selbst oder andere gefährdet, ist der Veranstalter berechtigt den Vertrag der Teilnahme an dieser Veranstaltung fristlos zu kündigen. Die zusätzlichen Kosten gehen in diesem Fall zu Lasten des/der Gekündigten.
☐	Mein/Unser 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 ggf. dadurch verursachte Schäden nicht haftet.

Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre/n ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass die auf dieser Anmeldung zum „Jungschar-Zeltlager 2026“ erhobenen personenbezogenen Daten vom CVJM Kreisverband Bünde e.V. zur Durchführung und Abwicklung dieser Maßnahme gespeichert und verwendet werden dürfen.

Ort / Datum

Unterschrift Teilnehmer:in

Unterschrift aller Sorgeberechtigten*

* Unterschreibt ein:e Sorgeberechtigte:r allein, erklärt er/sie mit der Unterschrift, dass ihm/ihr das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er/sie im Einverständnis mit dem/der anderen Sorgeberechtigten handelt.

D) Verschreibungspflichtige Medikamente / Medikamentenplan (Fortführung)

Teilnehmer:in: _____

Bitte füllen Sie für jedes Medikament einen separaten Plan aus.

Medikament					
Tageszeit (bitte ankreuzen)	morgens ☐	mittags ☐	abends ☐	nachts ☐	nach Bedarf ☐
ggf. genaue Uhrzeit oder Zeitpunkt (vor/während/nach dem Essen)					
Dosierung					
Verabreichung (bitte ankreuzen)	... durch das Kind selbst ☐		... durch die Mitarbeitenden ☐		
Anmerkungen					

Medikament					
Tageszeit (bitte ankreuzen)	morgens ☐	mittags ☐	abends ☐	nachts ☐	nach Bedarf ☐
ggf. genaue Uhrzeit oder Zeitpunkt (vor/während/nach dem Essen)					
Dosierung					
Verabreichung (bitte ankreuzen)	... durch das Kind selbst ☐		... durch die Mitarbeitenden ☐		
Anmerkungen					

Medikament					
Tageszeit (bitte ankreuzen)	morgens ☐	mittags ☐	abends ☐	nachts ☐	nach Bedarf ☐
ggf. genaue Uhrzeit oder Zeitpunkt (vor/während/nach dem Essen)					
Dosierung					
Verabreichung (bitte ankreuzen)	... durch das Kind selbst ☐		... durch die Mitarbeitenden ☐		
Anmerkungen					