

Teilnehmerbogen

Name des Kindes: _____
Vorname des Kindes: _____
Anschrift: _____
PLZ, Ort: _____
Geburtsdatum: _____

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind (Vor- und Nachname) _____ an dem _____ -
Lager der/des _____ vom _____ bis
_____ in _____ teilnimmt.

Bei Notfällen verständigen Sie bitte:

Privatadresse der bzw. des Erziehungsberechtigten

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefon: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____
(wenn vorhanden)

Ersatz-Anschrift (z.B. Großeltern)

Bin ich/Sind wir nicht zu erreichen benachrichtigen sie bitte:

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefon: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____
(wenn vorhanden)

Er/Sie ist in diesem Fall auch berechtigt, die Aufsichtspflicht zu übernehmen.

Krankenversicherung: _____
Name des Versicherten: _____

Bitte geben Sie bei der Lagerleitung oder dem Gruppenleiter die Krankenversichertenkarte ihres Kindes (ggf. Auslandskrankenschein) und den Impfpass (auch Kopie), sowie eine Kopie des Kinder-/ Personalausweises vor der Fahrt ab.

1. Ich/Wir erlaube/n die Teilnahme am Schwimmen unter Aufsicht eines Leiters Ja Nein
2. Mein/unser Kind ist Schwimmer / Nichtschwimmer
und hat folgendes Schwimmabzeichen _____ erworben.
3. Mein/unser Kind ist Vegetarier? Ja Nein
4. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass Zecken durch eine/n Leiter/in entfernt werden dürfen.
 Ja Nein
5. Bestehende / akute / chronische Krankheiten / Allergien oder andere Besonderheiten: (z.B. Asthma, Diabetes, Epilepsie (Fallsucht), Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Trommelfellschäden, Herzfehler, etc.):

6. Mein/Unser Kind benötigt zur Zeit folgende(s) Medikament(e) und führt, soweit erforderlich, ärztliche Dokumente/Bescheinigungen mit:

(Gebrauchsanweisung bitte beilegen!)
7. Bei meinem/unserem Kind sind besondere Auffälligkeiten zu beachten: (Schlafwandeln, Bettnässen, ADS, oder ähnliches):

8. Ich erlaube/Wir erlauben die Verabreichung von frei verkäuflichen und homöopathischen Medikamenten und Salben lt. Packungsbeilage des Herstellers. Ja Nein
9. Ich/Wir nehmen zur Kenntnis, dass ärztlichen Maßnahmen wie lebensrettende operative Eingriffe oder Schutzimpfungen, die vom hinzugezogenen Arzt für dringend erforderlich erachtet werden, bei meinem/unserem Kind im gegebenen Fall von den Leitern zugestimmt wird, sofern eine vorherige Absprache mit mir/uns nicht möglich ist.
10. Die Aufsichtspflicht der Leiter erstreckt sich auf alle beaufsichtigten Unternehmungen wie Busfahrten, Platzaufenthalte, Wanderungen bzw. Hike und sportliche Aktionen.
11. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind in Dreiergruppen ohne Aufsicht eines Leiters den Lagerplatz verlassen darf.
12. Mein/Unser Kind darf während des Lagers in Privat-PKW mitfahren.
13. Das Baden in öffentlichen Gewässern und Badeanstalten ist nur unter der Aufsicht eines Leiters gestattet.
14. Entfernt sich mein/unser Kind ohne Wissen der Leiter von der Gruppe, erlischt die Aufsichtspflicht. Die Aufsichtspflicht erlischt ebenfalls, wenn mein/unser Kind einer Anordnung zuwider handelt.
15. Eventuelle Kosten der Krankenbehandlung während der Maßnahme bitten wir zu bezahlen. Die Auslagen werden von uns nach der Vorlage der Rechnung erstattet
16. Bei einer nötigen verfrühten Rückreise meines/unseres Kindes übernehme/n ich/wir alle anfallenden Kosten (einschl. Rückreise in Begleitung eines Leiters, sowie der Rückreise des Leiters zum Lagerplatz). Diese verfrühte Rückreise kann vom Leitungsteam angeordnet werden, wenn sie/er für den Fortgang des Unternehmens bzw. für die Gruppe aufgrund ihres/seines Verhaltens nicht mehr tragbar ist.
17. Platz für sonstiges oder Anmerkungen: _____

Ort/Datum

Unterschrift sämtlicher Erziehungsberechtigter

Nichtzutreffendes bitte streichen!