

**Kinder-/Jugendfreizeit 20** \_\_\_\_\_

**in** \_\_\_\_\_ **vom** \_\_\_\_\_ **bis** \_\_\_\_\_ **20** \_\_\_\_\_

**Anmeldung/Einverständniserklärung**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ männlich  weiblich  Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des/der Personensorgeberechtigte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

(Bitte die Tel.-Nr. angeben, unter der die Erziehungsberechtigten ständig während der Freizeit zu erreichen sind!)

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Mein/unser Kind muss folgende Medikamente nehmen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bei meinem/unserem Kind ist Folgendes zu beachten (Zahnspange, Bettnässer, Allergien, Vorerkrankungen, Unverträglichkeiten, Hitzeempfindlichkeit, Verhalten, etc.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name, Anschrift und Telefonnummer des Hausarztes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass ärztliche Maßnahmen, wie lebensrettende Operationen oder Schutzimpfungen, die von einem hinzugezogenen Arzt für dringend erforderlich gehalten werden, an meinem/unserem Kind vorgenommen werden dürfen.

Ja

Nein

Mein/unser Kind hatte schon oder ist geimpft (falls unbekannt, bitte „nein“ ankreuzen)

Masern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Keuchhusten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mumps	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Röteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Scharlach	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Diphtherie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Windpocken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein						

Sonstige ansteckende Krankheiten: \_\_\_\_\_

Die letzte Wundstarrkrampfimpfung (Tetanus) war \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich/wir uns damit einverstanden, dass mein/unser Kind

unter Aufsicht eines/r Betreuer/in baden darf  ja  nein  
Mein/unser Kind ist Schwimmer/in  ja  nein

Mein/unser Kind hat folgende Schwimmprüfung abgelegt: \_\_\_\_\_

Mein/unser Kind hat folgende Hobbys/interessiert sich für \_\_\_\_\_

Mein/unser Kind ist angewiesen worden, den Anweisungen der Betreuer und Betreuerinnen der Freizeitmaßnahme Folge zu leisten. Haftung bei selbständigen Unternehmungen, die nicht von den Betreuern/Betreuerinnen angesetzt sind, übernimmt/übernehmen der/die Personensorgeberechtigte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in selbst.

Impfpass, Krankenversicherungskarte und Taschengeld für mein/unser Kind sowie ggf. benötigte Medikamente in ausreichender Menge übergebe ich den Betreuern/Betreuerinnen bei der Abfahrt.

Die Teilnahmegebühr in Höhe von \_\_\_\_\_ überweise ich/überweisen wir bis spätestens \_\_\_\_\_ auf das Konto der \_\_\_\_\_, BLZ: \_\_\_\_\_, Kto-Nr.: \_\_\_\_\_, mit dem Verwendungszweck \_\_\_\_\_ /„Name des Kindes“.

\_\_\_\_\_  
(Ort/Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in)