

Stempel des Veranstalters

## Information für die Personensorgeberechtigte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in zu den Verfahrensweisen bei Ferienfreizeiten

Ihr Kind nimmt an der Ferienfreizeit \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

teil. In diesem Jahr geht es nach \_\_\_\_\_.

Die Unterbringung erfolgt in einer festen Unterkunft.

Wir benötigen einige Zustimmungen für die Verfahrensweise auf der Freizeit.

### Freiwillige Zustimmungen:

**1. Verletzung und Krankheit:** Beim Aufenthalt kann es zu kleineren Verletzungen und/oder Krankheiten kommen, die einen Arztbesuch oder Krankenhausaufenthalt notwendig machen. In der Regel werden wir Sie erst nach einer Diagnose in der Zeit von 8:00 –22:00 Uhr informieren. Dies betrifft sowohl den Aufenthaltsort Ihres Kindes (z B. über Nacht im Krankenhaus) als auch medizinische Informationen. Sollten Sie dieser Regelung nicht zustimmen, werden Sie bei jedem Kontakt mit einem diensthabenden Arzt sofort informiert. (So würden Sie beispielsweise bei einer einfachen Schürfwunde auch nachts um 3:00 Uhr sofort durch uns bzw. den Arzt informiert werden.) Bei ernsthaften Erkrankungen und Verletzungen werden Sie selbstverständlich sofort informiert.

**2. Umgang mit Fotos:** Im Rahmen der Ferienfreizeiten wird von uns Öffentlichkeitsarbeit geleistet. Neben Presseartikeln werden evtl. auch Bilder von den Kindern veröffentlicht. Als Personensorgeberechtigte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in können Sie einer Veröffentlichung von Bildern, auf dem Ihr Kind abgelichtet ist, zustimmen oder die Veröffentlichung ablehnen. Die Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

### Notwendige Zustimmungen/Bestätigungen:

**3. Ausflüge und Transport:** Zu Tagesausflügen in Kleingruppen und zum Transport zum Arzt wird Ihr Kind eventuell von Betreuer/innen in Privatfahrzeugen mitgenommen. Die Mitfahrt geschieht auf eigenes Risiko und unter Verzicht auf Ersatz etwaiger Unfallschäden gegenüber Fahrer und Halter des Kfz, soweit die Schäden nicht durch irgendeine Versicherungsleistung auszugleichen sind. Dieser Verzicht gilt nicht in Fällen von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit des Fahrers/Halters. Ist eine dritte Person neben Fahrer/Halter schadensersatzpflichtig, beschränkt sich eine eventuelle Schadensersatzforderung gegen den Dritten auf denjenigen Betrag, der dem Haftungsanteil des Dritten entspricht. Für den Fall einer Nebenklage verzichte ich/verzichten wir gegenüber Fahrer/Halter auf die Erstattung von Nebenklagekosten, soweit diese nicht durch eine Rechtsschutzversicherung zu übernehmen sind.

**4. Zecken:** *Wir weisen wir Sie darauf hin, dass sich am Aufenthaltsort Zecken aufhalten können.*

Da sehr viele Freizeitangebote im Freien stattfinden, kann nicht ausgeschlossen werden, dass Ihr Kind/



Ihre Kinder einen Zeckenbiss erleidet/erleiden bzw. von einer Zecke befallen wird/werden. Die Kinder werden von ihren Betreuer/innen regelmäßig nach Zecken abgesucht und auch aufgefordert, bei selbst festgestellten Insektenstichen/-bissen die Betreuer/innen zu informieren. Sollte bei Ihrem Kind/Ihren Kindern eine Zecke gefunden werden, wird ein Arzt aufgesucht, der die Zecke entfernen wird.

**5. Ärztliche Schweigepflicht:** Damit wir medizinischen Informationen vom diensthabenden Arzt erhalten können, benötigen wir von Ihnen eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht für die Zeit der Ferienfreizeit. Selbstverständlich werden die Daten auch über die Freizeit hinaus streng vertraulich behandelt und nur an Sie, an von Ihnen angegebene Personen oder innerhalb des Veranstalters weiter gegeben.

**6. Infektionsschutzgesetz:** Wenn Ihr Kind eine ansteckende Erkrankung hat oder der Verdacht besteht diese zu haben und dann eine Gemeinschaftseinrichtung (Jugendherberge, Zeltlager usw.) besucht, kann es andere Kinder und Betreuer/innen anstecken. Die Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes schreiben vor, wann Kinder und Jugendliche nicht in die Schule oder in Gemeinschaftseinrichtungen gehen dürfen. Bitte lesen Sie das anliegende Merkblatt sorgfältig durch. In Zweifelsfällen wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt.

***Ihr Kind kann/Ihre Kinder können nur unter der Voraussetzung Ihrer Zustimmung/Bestätigung zu den in Punkt 3. bis 6. beschriebenen Verfahrensweise mitfahren.***

***(Es folgt ein Formular zum Ausfüllen und Bestätigen der Informationen und Verfahrensweisen.)  
(Bitte ausgefüllt und unterschrieben dem Veranstalter vor Abfahrt übergeben.)***



Stempel des Veranstalters

## Formular zu den Verfahrensweisen auf der Ferienfreizeit

**Vorname und Nachname** (des Kindes): \_\_\_\_\_

**Ferienfreizeit und Datum:** in \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

### Freiwillige Zustimmungen:

**zu 1.** Die Information über die Verfahrensweise bei ärztlicher Versorgung liegt mir/uns vor.  
Ich stimme/Wir stimmen der beschriebenen Verfahrensweise bei Verletzungen und Krankheiten zu.  
(bitte zutreffendes ankreuzen!)

Ja       Nein

**zu 2.** Einer Veröffentlichung von Bildern, auf dem mein/unser Kind abgelichtet ist,  
stimme ich/stimmen wir zu (bitte zutreffendes ankreuzen!).

Ja       Nein

Ort, Datum: \_\_\_\_\_      Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Notwendige Zustimmungen/Bestätigungen:

**zu 3.** Die Informationen über die beschriebene Verfahrensweise bei Fahrten zum Arzt oder Tagesausflügen  
in Kleingruppen liegen mir/uns vor.  
Ich stimme/Wir stimmen der beschriebenen Verfahrensweise zu.

**zu 4.** Die Informationen über die Verfahrensweise bei Zeckenbissen liegen mir/uns vor.  
Ich stimme/Wir stimmen der beschriebenen Verfahrensweise zu.

**zu 5.** Ich entbinde den diensthabenden Arzt/die diensthabende Ärztin während der Ferienfreizeit  
(Datum siehe oben) gegenüber den Betreuerinnen und Betreuern und dem Veranstalter der ärztlichen  
Schweigepflicht bei Verletzungen und/oder Krankheiten meines Kindes.

**zu 6. Das Merkblatt über die Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes liegt mir/liegen uns vor.**  
Ich versichere/wir versichern, dass mein/unser Kind an keiner ansteckenden Krankheit leidet und nicht im  
Verdacht steht, an einer ansteckenden Krankheit zu leiden. Ich bin über das Infektionsschutzgesetz und die  
Meldepflicht bezüglich der dort aufgeführten Krankheiten informiert und belehrt worden (Merkblatt).

Ort, Datum: \_\_\_\_\_      Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Die Bestätigung/Zustimmung zu den Punkten 3. bis 6.      Personensorgeberechtigte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in

ist verpflichtend!)