

FREIZEIT-PASS

30-Stunden-Outdoor-Challenge 2.0

Bitte sorgfältig ausfüllen und bis zum 11.07.2021 an den Veranstalter senden!

Vor-/Nachname Teilnehmer*in _____

Straße/Hausnummer _____

PLZ/Wohnort _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

Ferienadresse der Eltern: Im Notfall sind die Erziehungsberechtigten bzw. die Kontaktperson anzugeben, die Sie erreichen kann!

Vor-/Nachname _____ Straße _____

PLZ/Ort _____ Telefon/Handy _____

Angaben für ärztliche Hilfe: Bitte zutreffendes ankreuzen:

Ist Teilnehmer/in gegen Tetanus geimpft? () Ja () Nein

Wenn ja: Wann? _____

Wirkstoff? _____

Blutgruppe: _____ Falls bekannt bitte eintragen

Rhesusfaktor: _____ Falls bekannt bitte eintragen

Angaben zum Hausarzt/ Kinderarzt:

Name des Arztes: _____

Straße: _____

PLZ/ Ort: _____

Telefon: _____

Krankenversicherer: _____

TN ist Vegetarier/Veganer Ja Nein

Sonstige Besonderheiten, die die Mahlzeiten betreffen:

TN bringt ein eigenes Zelt mit Ja Nein

TN hat _____ weitere Schlafplätze im Zelt zur Verfügung.

TN darf mit folgender/n Personen in einem Zelt schlafen (bitte namentlich benennen):

Worauf muss während der Freizeit besonders geachtet werden?

Einnahme von **Medikamenten**:

Bitte detaillierte Angabe des Medikamentennamens, der Dosierung sowie der Krankheit), bekannte **Allergien**, **Notfallmedizin**, **Spange** tragen, **Verhaltensanzeichen**, usw. Sollte Ihr Kind Medikamente (z. B. Asthma-Spray) benötigen, bitten wir um Angabe, ob diese **beim Kind oder der Freizeitleitung aufzubewahren/zu verabreichen** sind.

Verabreichung rezeptfreier Medikamente durch Mitarbeiter der Veranstaltung

Bei Bedarf können wir Ihrer Tochter/Ihrem Sohn rezeptfreie Medikamente wie Kopfschmerztabletten, Halstabletten, Wund- oder Sticksalbe verabreichen oder eine Zecke entfernen, bedürfen hierzu aber Ihrer ausdrücklichen Zustimmung.

Hinweis: Bei größeren Problemen nehmen wir in jedem Fall Kontakt mit Ihnen oder einem Arzt vor Ort auf. Wenn Sie uns keine Zustimmung geben, müssten wir Ihre Tochter/Ihren Sohn bei jeder Verletzung (z. B. Wespenstich) zum Arzt bringen.

Ich stimme der Verabreichung von rezeptfreien Medikamenten zu Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass ein Mitarbeiter eine **Zecke** bei meiner Tochter/meinem Sohn entfernen darf. Ja Nein

Ist „Nein“ angekreuzt, dann gehen die Mitarbeiter mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn zu einem Arzt.

Ich versichere, dass meine Tochter/mein Sohn nicht an einer ansteckenden Krankheit leidet und frei ist von Ungeziefer (z. B. Kopfläuse, Flöhe). Ja Nein

Meine Tochter/mein Sohn ist durch mich angewiesen worden, den **Anordnungen der Verantwortlichen der Freizeit Folge zu leisten**. Die **Haftung** bei selbständigen Unternehmungen, die nicht von den Mitarbeitern angesetzt sind, übernimmt der/die Erziehungsberechtigte selbst. Mir ist bekannt, dass die Teilnehmer während der Veranstaltung im Rahmen des Programms und ihrem Alter entsprechend freie Zeit haben, in der sie selbständig und ohne Aufsicht unterwegs sein dürfen.

Der Veranstalter übernimmt **keine Haftung für abhanden gekommene, beschädigte oder verlorene Gegenstände**, die meiner Tochter/meinem Sohn oder einem Dritten gehören, es sei denn, dass dem Veranstalter ein Verschulden anzulasten ist.

Wenn meine Tochter/mein Sohn mit ihrem/seinen Verhalten die Veranstaltung gefährdet oder durch sein Verhalten sich selbst oder andere gefährdet, **kann der Veranstalter meine Tochter/meinen Sohn auf meine Kosten nach Hause schicken**. In diesem Fall ist der Veranstalter berechtigt, den Vertrag der Teilnahme an dieser Veranstaltung fristlos zu kündigen. Die vom Veranstalter eingesetzten Leiter oder sonstigen Verantwortlichen sind ausdrücklich bevollmächtigt, Abmahnungen und Kündigungen namens des Veranstalters vorzunehmen. Die zusätzlich entstandenen Kosten gehen in diesem Fall zu Lasten des/der Gekündigten. Sind mit Ihnen bzw. Ihrer Tochter/Ihrem Sohn Teilnahme- oder Reisebedingungen rechtswirksam vereinbart worden, dann gelten in Ergänzung zu den vorstehenden Erklärungen die dortigen Regelungen zur Kündigung des Teilnahme- oder Reisevertrags.

Platz für weitere wichtige Mitteilungen:

Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ort, Datum _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter _____

Unterschrift Teilnehmer *in _____

Veranstalter:



CVJM Blaustein e.V.
Christlicher Verein Junger Menschen
Höhenweg 11, 89134 Blaustein
Tel. 07304/4343428 Fax 07304/430753
www.cvjm-blaustein.de

--- Zettel bitte nicht mitschicken ---

Bitte bewahren Sie diesen Zettel gut auf und bringen ihn ausgefüllt und unterschrieben mit zum Start der 30- Stunden-Outdoor-Challenge am **31.07.2021**.

Bestätigung über die Einhaltung der allgemeingültigen Regelungen zur Teilnahme an einer Kinder- und Jugendfreizeit

Hiermit bestätige ich, dass mein Kind nicht an einer chronischen Atemwegserkrankung oder sonstigen akuten Krankheit leidet und keine Anzeichen der Krankheit Sars-CoV-2 zeigt.

- Ja Nein (zutreffendes bitte ankreuzen)

Hiermit bestätige ich, dass mein Kind in der vergangenen 14 Tagen keinen wissentlichen Kontakt zu einer mit Sars-CoV-2 infizierten Person hatte.

- Ja Nein (zutreffendes bitte ankreuzen)

Hiermit bestätige ich, dass bei meinem Kind in den vergangenen 24 Stunden ein Coronatest mit negativem Ergebnis durchgeführt wurde.

- Ja Nein (zutreffendes bitte ankreuzen)

Name Erziehungsberechtigte/r: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: _____



CVJM Blaustein e.V.
Christlicher Verein Junger Menschen
Höhenweg 11, 89134 Blaustein
Tel. 07304/4343428 Fax 07304/430753
www.cvjm-blaustein.de
