



**TEILNEHMERIN/TEILNEHMER**

FAMILIENNAME

VORNAME

STRASSE HAUSNUMMER

PLZ WOHNORT, EVTL. LAND

GEB.-DATUM GESCHLECHT  
weiblich männlich

(MOBIL-)TELEFONNUMMER

**NAME DER VERANSTALTUNG**

Kinderfreizeit Hohegeiß

TERMIN  
03.08.-10.08.2019

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigten,

Qualität und Sicherheit unserer Veranstaltungen sind uns ein besonderes Anliegen. Die Aufsicht über Ihre Tochter/Ihren Sohn wollen wir inhaltlich angemessen, den Interessen Ihrer Tochter/Ihres Sohnes 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 Verwaltung der Veranstaltung erhalten in diesen **FREIZEITPASS** Einsicht. Bei Bedarf ergänzen Sie weitere Hinweise bitte auf einem Beiblatt.

Ihre Verantwortlichen der Veranstaltung

**ERREICHBARKEIT DES/DER SORGBERECHTIGTEN WÄHREND DER VERANSTALTUNG:**

FAMILIENNAME	(MOBIL-)TELEFONNUMMER
VORNAME	E-MAIL-ADRESSE
STRASSE <span style="float: right;">HAUSNR</span>	NAME(N) VON VERWANDTEN, FREUNDINNEN/FREUNDEN, DIE IM NOTFALL WEITERHELFFEN KÖNNEN
PLZ <span style="float: right;">WOHNORT, EVTL. LAND</span>	(MOBIL-)TELEFONNUMMER

**GESUNDHEITSFÜRSORGE**

◆ Krankenversichert bei folgender  gesetzlicher  privater **Krankenkasse:**

NAME DER KRANKENKASSE	VERSICHERUNGSNUMMER
-----------------------	---------------------

◆ Name des/der Familienangehörigen, über den die oben genannte Person versichert ist:

VOR- UND FAMILIENNAME

◆ Die Versichertenkarte ist diesem **FREIZEITPASS** beigelegt  Diese wird zur Veranstaltung mitgebracht

◆ Besteht eine **Auslandskrankenversicherung**  nein  ja

NAME DER KRANKENKASSE	VERSICHERUNGSNUMMER
-----------------------	---------------------

**Kontaktdaten der Hausärztin oder des Hausarztes**

NAME

◆ Teilnahme am Hausarztmodell  nein  ja

### Impfungen

(Bitte die Impfungen eintragen oder Impfpass oder Fotokopie des Impfpasses beilegen. Siehe Merkblatt.)

Geimpft gegen Tetanus/Wundstarrkrampf?    nein    ja

Geimpft gegen FSME (Zeckenbiss)?    nein    ja

LETZTES IMPFDATUM

LETZTES IMPFDATUM

Ich bin damit einverstanden, dass eine/ein Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter eine Zecke bei meiner Tochter/meinem Sohn entfernen darf:    nein    ja  
Ist „nein“ angekreuzt, dann gehen die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn zu einer Ärztin/einem Arzt.

Folgende ärztliche Atteste sind beigelegt:

### Medikamente

Generell dürfen verschreibungspflichtige Medikamente nur nach einer Anamnese durch eine Ärztin/einen Arzt verabreicht werden. Daran halten wir uns. Sollte Ihre Tochter/Ihr Sohn Medikamente während der Veranstaltung einnehmen, informieren Sie uns bitte darüber. Wenn wir die Einnahme des Medikamentes aus einem besonderen Grund sicherstellen sollen, brauchen wir von Ihnen dazu den folgenden Auftrag:

#### Verabreichung rezeptfreier Medikamente durch die Mitarbeitenden der Veranstaltung

Bei Bedarf können wir Ihrer Tochter/Ihrem Sohn rezeptfreie Medikamente wie Kopfschmerztabletten, Halstabletten, Wund- oder Sticksalbe verabreichen, bedürfen hierzu aber Ihrer ausdrücklichen Zustimmung. Hinweis: Bei größeren Problemen nehmen wir in jedem Fall Kontakt mit Ihnen oder einer Ärztin/einem Arzt vor Ort auf. Wenn Sie uns keine Zustimmung geben, müssten wir Ihre Tochter/Ihren Sohn bei jeder Verletzung (z. B. Wespenstich) zur Ärztin/zum Arzt bringen.

Ich stimme der Verabreichung von **rezeptfreien** Medikamenten zu:    nein    ja

#### Worauf muss besonders geachtet werden?

(z. B. Allergien, Behinderungen, Herzfehler, Hitzeempfindlichkeit, Bettnässen, Medikamentenunverträglichkeit, Abhängigkeiten von Medikamenten und Rauschmitteln, ADS/ADHS, Zahnsperre, Verhalten usw. - ggf. gesonderte Mitteilung beifügen). Ggf. können ärztliche Atteste beigelegt werden.

Sollte Ihre Tochter/Ihr Sohn Medikamente während der Veranstaltung einnehmen, informieren Sie uns bitte darüber:

NAME DES MEDIKAMENTES

nimmt meine Tochter/mein Sohn selber ein

soll von den Mitarbeitenden verabreicht werden:

DOSIERUNG

WARNHINWEISE

### Weitere Informationen

Z.B. Identität, Verhalten usw.

### PRIVATE HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Besteht eine private Haftpflichtversicherung    nein    ja

### ZU DEN PROGRAMMANGEBOTEN



Bitte diesen FREIZEITPASS spätestens 1 Monat vor Beginn der Veranstaltung zurücksenden. Sollte Ihre Anmeldung kurzfristig erfolgen, muss der ausgefüllte FREIZEITPASS mit der Anmeldung vorliegen. Herzlichen Dank!

Propsteijugend Vechede  
Schulstraße 6  
38159 Vechede

*Adressfeld für Rücksendung*

Anlage: Merkblatt GEMEINSAM VOR INFEKTIONEN SCHÜTZEN

Hinweis: Die Mitarbeitenden des Veranstalters/der Veranstalterin versichern den vertrauensvollen Umgang mit den Informationen in diesem FREIZEITPASS. Die Daten Ihrer Tochter/Ihres Sohnes werden von den Mitarbeitenden der Veranstaltung nur weitergegeben bei Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und gegenüber Behörden. Dieser FREIZEITPASS wird bis zur Verjährung von möglichen rechtlichen Ansprüchen des/der Teilnehmenden oder des/der Sorgeberechtigten beim Veranstalter/bei der Veranstalterin, unter Beachtung des Datenschutzes, aufbewahrt. Nach Ende dieser Aufbewahrungsfrist wird der FREIZEITPASS mit dem Aktenvernichter vernichtet.

© Evangelisches Jugendwerk in Württemberg | Stand 04/2019

MEIN KIND DARF IN MINDESTENS 3ER GRUPPEN ALLEINE (OHNE BETREUERIN) UNTERWEGS SEIN.

ja    nein

gefördert vom



Arbeitsgemeinschaft der Evangelischen  
Jugend in Deutschland e.V.

Evangelisches Jugendwerk  
in Württemberg