

**TEILNEHMERIN/TEILNEHMER**

FAMILIENNAME

VORNAME

STRASSE HAUSNUMMER

PLZ WOHNORT, EVTL. LAND

GEB.-DATUM GESCHLECHT  
weiblich männlich divers

(MOBIL-)TELEFONNUMMER



**NAME DER VERANSTALTUNG**

Ski- und Boardfreizeit  
Flumserberg

TERMIN  
27.12.2024-01.01.2025

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

Folgende ärztliche Atteste sind beigelegt:

--

**Medikamente**

Generell dürfen verschreibungspflichtige Medikamente nur nach einer Anamnese durch eine Ärztin/ein 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:

**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

**ERNÄHRUNG**

Besondere Hinweise zur Ernährung:    Vegetarier/in    kein Schweinefleisch    vegan    sonstiges (Einzelheiten bitte ins Feld UNVERTRÄGLICHKEITEN)

UNVERTRÄGLICHKEITEN

--

- ◆ Ich versichere, dass meine Tochter/mein Sohn an keiner ansteckenden Krankheit leidet und frei von Ungeziefer (z. B. Kopfläusen, Flöhen) ist bzw. zur Veranstaltung kommt. Das Merkblatt GEMEINSAM VOR INFESTIONEN SCHÜTZEN des Robert-Koch-Instituts zu § 34 Abs. 5 S. 2 Infektionsschutzgesetz habe ich gelesen und meine Tochter/meinen Sohn entsprechend belehrt.

**INFORMATIONEN UND EINWILLIGUNGEN DES/DER SORGBERECHTIGTEN AN DIE/DEN VERANSTALTERIN/VERANSTALTER**

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

Meine Tochter/mein Sohn und ich/ wir selbst haben diese Informationen zur Kenntnis genommen. Mit der Unterschrift bestätigt der/die Sorgeberechtigte/n, dass die Informationen akzeptiert werden und alle Angaben richtig und vollständig sind.

Als Alleinunterzeichner/in bestätige ich gleichzeitig, dass ich alleinige/r Sorgeberechtigte/r bin, bzw. vom anderen Sorgeberechtigten (anderen Elternteil) mit der Abgabe der entsprechenden Erklärungen beauftragt bin und in dessen Kenntnis und Einverständnis handle.

DATUM	UNTERSCHRIFT DES/DER SORGBERECHTIGTE(N) (BEIDE ELTERNTEILE)
X	X

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

info@ejw-bum.de

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.

© Evangelisches Jugendwerk in Württemberg | Stand 08/2024

gefördert vom

