Hier fragen wir die wichtigsten Informationen, die wir zur Durchführung der Freizeit benötigen, ab. Trotz aller Bemühungen sind Unfälle, Verletzungen oder Krankheiten nicht auszuschließen. Damit die Freizeitleitung umfassend, schnell und zielgerichtet handeln kann, benötigen wir nachfolgende Informationen von Ihnen.

Bitte füllen Sie alle erforderlichen Felder aus und schicken Sie den Freizeitpass bis zum **????** per Mail (@elkb.de), Fax oder an:

Teilnehmer/in:

Geschlecht: m☐ w☐ d☐

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Freizeitpass Zeltlager Lindenbichl 2024

**3. ALLERGIEN & UNVERTRÄGLICHKEITEN & Ernährung** Bitte geben sie umfassend Auskunft. Unserer Küche kann (fast) alle besonderen Bedürfnisse die über “Das mag ich halt einfach nicht” hinaus gehen, berücksichtigen und handeln. Wenn sie davon weiß.

☐Ja, mein Kind hat Lebensmittelunverträglichkeiten ☐Nein

 Gegen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Diese zeigt sich wie folgt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Ich gebe folgendes Notfallmedikament mit:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐Ja, mein Kind hat Allergien ☐Nein
 Gegen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Diese zeigt sich wie folgt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Ich gebe folgendes Notfallmedikament mit:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mein Kind ernährt sich vegetarisch. ☐Nein ☐Ja ☐Vegan

**2. SOFORTVERSORGUNG AUF LINDENBICHL**Zur Linderung und Heilung von kleineren Krankheiten oder Verletzungen, z.B. Mückenstiche, Übelkeit, Schrammen, etc. verabreichen geschulte Sanis mit Absprache der Lagerleitung rezeptfreie Arzneimittel.

☐Ja, ich bin damit einverstanden, dass rezeptfreie Arzneimittel verabreicht werden.

☐Ja, ich bin damit einverstanden. Folgende Medikamente dürfen aber wegen Unverträglichkeit nicht verabreicht werden: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐Nein, damit bin ich nicht einverstanden.

**BESONDERS ZU BEACHTEN**

z.B. Informationen über Behinderungen, Krankheiten, Spange, Bettnässe, usw.

**4. IM NOTFALL ZU KONTAKTIEREN**

Adresse (falls im Urlaub) und Handynummer der Personensorgeberechtigten während der Freizeit:

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

☐Ich bin nicht erreichbar. Im Notfall ist folgender Verwandte oder Bekannte zu informieren:

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

**Ich/Wir erkläre/n ausdrücklich folgendes:** (zur besseren Lesbarkeit Singular formuliert)

(1) Mein Kind ist angewiesen, den Anordnungen der Verantwortlichen Folge zu leisten.

(2) Ich versichere, dass ich alle abgefragten Informationen über mein Kind vollständig hiermit angegeben habe.

(3) Ich versichere, der Informationspflicht im vollen Umfang unmittelbar bis spätestens vor der Abreise gegenüber der Lagerleitung nachzukommen, vor allem bei ansteckenden Krankheiten oder anzeigepflichtige Beeinträchtigungen meines Kindes.

(4) Ich versichere, dass mein Kind für die Dauer der Freizeit (mit Ausnahme Krankheit bzw. nach Absprache mit der Freizeitleitung) anwesend sein wird.

(5) Die aktuellen Geschäftsbedingungen erkenne ich an. Die „Wichtigen Informationen für Eltern / Zeltlagerordnung“ habe ich

 zustimmend zur Kenntnis genommen. <https://www.jugendwerk-weilheim.de/lindenbichl/dekanatslager/>

(6) Ich erkläre mich damit einverstanden, dass personenbezogene Daten für die Zwecke der Maßnahme verarbeitet werden. Nach der Freizeit werden die Informationen auf diesem Bogen gelöscht, bzw. vernichtet.

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

(Ort, Datum) (Unterschrift der Personensorgeberechtigten)

**1. INFOS ÜBER DIE TEILNEHMENDE PERSON:**Krankenversichert bei: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mitversichert über: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zeitpunkt der letzten Tetanusimpfung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nicht geimpft☐ (Bitte den Haftungsausschluss ausfüllen)
Nimmt folgende Medikamente ein: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Müssen die Medikamente gekühlt werden? ☐Ja ☐Nein - Soll die Einnahme kontrolliert / dabei unterstützt werden? ☐Ja ☐Nein

Bitte geben Sie bei der Anreise der Lagerleitung die Medikamente und eine schriftliche Anweisung zur Dosierung und Anwendung.

Name und Telefonnummer des Hausarztes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Telefon- bzw. Handynummer)

(Vor- und Zuname und ggf. Verwandt- o. Bekanntschaftsgrad zum Kind)

**5. BADEERLAUBNIS**

☐Ja, mein Kind darf unter Aufsicht im See baden.
☐Nein, ich möchte nicht das mein Kind baden geht.

Mein Kind kann:
☐gar nicht schwimmen ☐gut schwimmen ☐sehr gut schwimmen

Mein Kind besitzt folgendes Schwimmabzeichen:

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

(Vor- & Nachname & Geb.Datum)

(Krankenkasse)