

# JungenZeltlager – FreizeitPass

01.-07. August 2021 in Lünne, Zeltplatz „Sanddeele“

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte, Qualität und Sicherheit unserer Veranstaltungen sind uns ein besonderes Anliegen. Die Aufsicht über ihr Kind wollen wir inhaltlich angemessen, den Interessen ihres Kindes und der anderen TeilnehmerInnen 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 Geschäftsstelle erhalten in diesen FreizeitPass Einsicht. Bei Bedarf ergänzen Sie weitere Hinweise bitte auf einem Beiblatt

## TeilnehmerIn

|                 |  |                                      |  |
|-----------------|--|--------------------------------------|--|
| Familienname    |  | Vorname                              |  |
| Straße   Nr.    |  | PLZ   Ort                            |  |
| Geburtstag      |  |                                      |  |
| CVJM   Gemeinde |  | Zeltwunsch:<br><i>max. 2-3 Namen</i> |  |

## Erreichbarkeit des / der Sorgeberechtigten während der Veranstaltung:

|                 |   |                 |   |
|-----------------|---|-----------------|---|
| Familienname    |   | Vorname Mutter  |   |
|                 |   | Vorname Vater   |   |
| Straße   Nr.    |   | PLZ   Ort       |   |
| Mobilfunknummer | / | E-Mail-Adresse  |   |
| Festnetznummer  | / | Sonstige Nummer | / |

## Namen von Verwandten, Freunden, Nachbarn usw. die im Notfall weiterhelfen könnten

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Name                  |  |
| [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 |  |
|-----------------------|--|

## Kontaktdaten der Hausärztin oder des Hausarztes

|                      |  |
|----------------------|--|
| Name<br>Kontaktdaten |  |
|----------------------|--|

## Impfungen

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

|   |   |                                    |   |
|---|---|------------------------------------|---|
| Geimpft gegen<br>Tetanus/Wundstarrkrampf? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Geimpft gegen FSME<br>(Zeckenbiss) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Letztes Impfdatum                         |   | Letztes Impfdatum                  |   |

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass ein/eine MitarbeiterIn eine Zecke bei meinem/unserem Kind entfernen darf:  nein  ja  
Ist „nein“ angekreuzt, gehen die Mitarbeiter mit ihrem Kind 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 Ihr Kind Medikamente während der Freizeit einnehmen, informieren Sie uns bitte darüber. Wenn wir die Einnahme des Medikaments aus einem besonderen Grund sicherstellen sollen, brauchen wir von Ihnen dazu folgenden Auftrag:

### Worauf muss besonders geachtet werden?

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

|  |
|--|
|  |
|--|

Sollte Ihr Kind Medikamente während der Freizeit einnehmen, informieren Sie uns bitte darüber:

|                      |  |
|----------------------|--|
| Name des Medikaments |  |
|----------------------|--|

nimmt mein Kind selber ein

soll von den MitarbeiterInnen verabreicht werden:

|           |  |              |  |
|-----------|--|--------------|--|
| Dosierung |  | Warnhinweise |  |
|-----------|--|--------------|--|

### Verabreichung rezeptfreier Medikamente durch MitarbeiterInnen:

Bei Bedarf können wir Ihrem Kind rezeptfreie Medikamente wie Kopfschmerztabletten, Halsschmerztabletten, Wund- oder Stichesalben 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, werden wir Ihr Kind bei jeder Verletzung (z.B. auch Wespenstich) zur Ärztin/zum Arzt bringen.

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

### Bitte zur Kenntnisnahme ankreuzen:

Ich versichere, dass mein/unser Kind an keiner ansteckenden Krankheit leidet und frei von Ungeziefer (z.B. Kopfläuse, Flöhen) ist bzw. zur Veranstaltung kommt. Das Merkblatt GEMEINSAM VOR INFEKTION SCHÜTZEN des Robert-Koch-Instituts zu §34 Abs. 5 S.2

Infektionsschutzgesetz habe ich gelesen und mein Kind entsprechend belehrt

[https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Belehrungsbogen/belehrungsbogen\\_eltern\\_deutsch.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Belehrungsbogen/belehrungsbogen_eltern_deutsch.pdf?blob=publicationFile)

Der CVJM Kreisverband Bünde übernimmt keine Haftung für abhanden gekommene, beschädigte oder verlorene Gegenstände, die meinem/unserem Kind oder einem Dritten gehören.

Badeerlaubnis unter Aufsicht

Keine Badeerlaubnis unter Aufsicht

Mein / Unser Kind ist Schwimmer

Nichtschwimmer

Mein / Unser Kind darf Sport machen

darf keinen Sport machen

Mein / Unser Kind darf sich in Kleingruppen durch den Ort bewegen. Der Weg in den Ort wird begleitet. Im Ort sind immer betreuende Mitarbeiter in der Nähe.

Hiermit erteile/n ich/wir die jederzeit widerrufliche, ansonsten jedoch unbefristete, Zustimmung zur entsprechenden Verwendung von Bildern und Videos, auf denen mein/ ihr Kind abgebildet ist. Die Fotos und Videos werden sorgfältig und gewissenhaft ausgewählt und werden im Rahmen des CVJM Kreisverbandes Bünde für vereinsbezogene Publikationen, auf der Internetseite oder in Social-Media-Portalen des Kreisverbandes verwendet.

Wenn mein Kind, mit seinem Verhalten die Freizeit gefährdet oder durch sein Verhalten sich selbst oder andere gefährdet, kann der Veranstalter berechtigt den Vertrag der Teilnahme an dieser Veranstaltung fristlos kündigen. Die zusätzlichen Kosten gehen in diesem Fall zu Lasten des Gekündigten.

Mein Kind ist von mir/uns angewiesen worden, den Anordnungen der Verantwortlichen Folge zu leisten. Mir/uns ist bekannt, dass der Veranstalter für Folgen von selbstständigen Unternehmungen und dadurch verursachte Schäden nicht haftet

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die auf dieser Anmeldung zum „Jungen Zeltlager 2020“ erhobenen personenbezogenen Daten vom CVJM Kreisverband Bünde zur Durchführung und Abwicklung dieser Maßnahme gespeichert und verwendet werden dürfen.

Ort / Datum

Unterschrift Teilnehmer  
Unterschrift Sorgeberechtigte

