

**Freizeitpass**  
**Level up! Mitarbeitendenschulung des CVJM KV Bünde**  
 11.10. - 18.10. 2025 in Barkhausen

Liebe Mitarbeiterin, lieber Mitarbeiter, liebe Eltern! Qualität und Sicherheit unserer Veranstaltungen sind uns ein besonderes Anliegen. Die Aufsicht für dich /ihr Kind wollen wir angemessen wahrnehmen. Hierzu benötigen wir konkrete Informationen von dir/Ihnen sowie deine/Ihre Einwilligung. Wir bitten dich/Sie daher, diesen **Freizeitpass vollständig und sorgfältig auszufüllen**. Nur die Verantwortlichen der Schulung erhalten in diesen Freizeitpass Einsicht. *Bei Bedarf können weitere Hinweise auf einem Beiblatt ergänzt werden.*

**Teilnehmende/r Mitarbeiter/in**

Familienname		Vorname	
Straße   Nr.		PLZ   Ort	
Mobilfunknummer		E-Mail-Adresse	
Geburtsdatum			

Ernährungshinweise (z.B. Vegetarisch, vegan, Laktoseintoleranz, etc.)	
--------------------------------------------------------------------------	--

**Erreichbarkeit des/der Sorgeberechtigten während der Veranstaltung:**

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

**Namen von Verwandten, Freunden, Nachbarn usw. die im Notfall weiterhelfen können!**

Name	
[Mobil-)Telefonnummer	

**Gesundheitsfürsorge**

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

Name der Krankenkasse		Versicherungsnummer	
-----------------------	--	---------------------	--

**Kontaktdaten der Hausärztin oder des Hausarztes**

Name Kontaktdaten	
----------------------	--

**Impfungen**

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

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

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die Mitarbeitenden eine Zecke bei meinem/unserem Kind entfernen darf: ☐ nein ☐ ja  
 Ist „nein“ angekreuzt, gehen die Mitarbeitenden 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 Schulung 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 Schulung 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 Mitarbeiter\_innen:

Bei Bedarf können wir Ihrem Kind rezeptfreie Medikamente wie Wund- oder Stichesalbe verabreichen, bedürfen hierzu aber Ihrer ausdrücklichen Zustimmung.

Hinweis: Bei größeren Angelegenheiten nehmen wir in jedem Fall Kontakt mit Ihnen u/o einer Ärztin/einem Arzt vor Ort auf. Wenn Sie uns keine Zustimmung geben, werden wir Ihr Kind bei jeder Verletzung 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.
- |                                                              |                                                             |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Badeerlaubnis unter Aufsicht        | <input type="checkbox"/> Keine Badeerlaubnis unter Aufsicht |
| <input type="checkbox"/> Mein / Unser Kind ist Schwimmer/in  | <input type="checkbox"/> Nichtschwimmer                     |
| <input type="checkbox"/> Mein / Unser Kind darf Sport machen | <input type="checkbox"/> darf keinen Sport machen           |
- ☐ Mein / Unser Kind darf sich in Kleingruppen außerhalb der Freizeit- und Jugendbildungsstätte bewegen.
- ☐ Mir/uns ist bekannt, dass während der Schulung, im Rahmen des Programms, freie Zeit zur Verfügung steht, in der man selbstständig und ohne direkte Aufsicht unterwegs sein darf.
- 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 e.V. und der Ev. Jugend für verbandsbezogene Publikationen, auf der Internetseite oder in Social-Media-Portalen des Kreisverbandes verwendet.
- ☐ Wenn mein Kind, mit seinem Verhalten die Schulung 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 (Rückreise) 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.

**Zimmerwunsch:** Trage deinen 1. Favoriten & deinen 2. Favoriten ein, mit wem Du auf einem Zimmer sein möchtest (Vor- und Nachname). Wir bemühen uns, auf deine Wünsche einzugehen.

1. Favorit \_\_\_\_\_ 2. Favorit \_\_\_\_\_

Ort / Datum

Unterschrift **Mitarbeiterin/Mitarbeiter**

Unterschrift aller **Sorgeberechtigten**