

# ANMELDUNG FÜR SCHNUPPERLIBI „2019“

vom 28.06. bis zum 30.06.2019 - € 60,00 – Alter: 8 bis 10 Jahre

Liebe Eltern, liebe Personensorgeberechtigten,

mit diesem „Anmeldeformular“ fragen wir die wichtigsten Informationen, die wir zur Durchführung von Lindenbichl benötigen, ab. Bitte füllen Sie diesen Bogen **vollständig und leserlich in Druckbuchstaben** aus und kreuzen Sie Zutreffendes an! Unsere Freizeitmaßnahme Lindenbichl soll für Ihr Kind / Ihre Kinder zu einem unvergessenen Erlebnis werden. 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.

**FÜR IHRE MITARBEIT BEDANKEN WIR UNS RECHT HERZLICH.**

## Angaben zur Anmeldung

- Ich, als allein erziehende Person, melde mein Kind ...  
 Wir melden unser Kind ...

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Zuname des Kindes)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum des Kindes)      (Alter des Kindes zu Beginn der Freizeiteneinheit / Geschlecht / Konfession)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer)                      (PLZ, Ort)                      (Landkreis)

\_\_\_\_\_  
(Vorwahl / Telefon- / Faxnummer)

\_\_\_\_\_  
(Handynummer Mutter, Vater)

\_\_\_\_\_  
(Email - Adresse)

### Weiter Informationen:

Der Preis für Schnupperlibi beträgt **€ 60,00**.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift eines Personensorgeberechtigten)

## ANGABEN Allgemein

1. Badeerlaubnis?

- Ja       Schwimmer       Mein / Unser Kind hat mindestens das Schwimmbzeichen "Seepferdchen"  
 Nein       Nichtschwimmer

2. Besonders beachtet werden muss: (Falls Zeile nicht ausreicht - bitte Rückseite verwenden)

\_\_\_\_\_  
(z. B. Informationen über Spange, Krankheiten, usw.)

3. Adresse der Personensorgeberechtigten:

\_\_\_\_\_  
Bitte geben Sie unbedingt eine Telefonnummer an, unter der im Notfall Sie, Verwandte oder Nachbarn des Kindes erreichbar sind:

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

\_\_\_\_\_  
(Telefonnummer)

## Ich erkläre ausdrücklich folgendes:

(1) Mein Kind leistet den Bitten der Verantwortlichen Folge. Haftung bei selbständigen Unternehmungen übernimmt der Personensorgeberechtigte selbst.

(2) Ich versichere, dass mein Kind gesund ist – es ist auszuschließen, dass es von einer ansteckenden Krankheit infiziert ist.

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

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
**(Unterschrift des Personensorgeberechtigten)**

**ANGABEN zur medizinischen und ärztlichen Versorgung (werden vertraulich behandelt)**

1. Ist Ihr Kind gegen Wundstarrkrampf (**Tetanus**) geimpft?

- Nein Falls Ihr Kind nicht gegen Tetanus geimpft ist, beachten Sie bitte den Haftungsausschluss auf der letzten Seite.
- Ja, Wann? \_\_\_\_\_ Welcher Impfstoff? \_\_\_\_\_

2. Angaben zur ärztlichen Behandlung:

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Zuname des Personensorgeberechtigten) (Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Name, Ort und Telefonnummer der Krankenversicherung)

3. Angaben zu **Sofortmaßnahmen** am Freizeitort:

Zur Linderung und Heilung von Krankheiten oder Unfällen, wie z. B. Mückenstiche, Übelkeit, Bauchweh, etc. verabreicht die Freizeitleitung, bzw. ausgebildete Ehrenamtliche (z.B. Rettungssanitäter, Rettungshelfer, angehende Ärzte, Ärzte, ...) 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, ich bin damit nicht einverstanden.

4. Angaben zu **Medikamentengabe**:

Welche Medikamente müssen in welcher Dosierung verabreicht werden?

\_\_\_\_\_  
(Name des Medikamentes) (Dosierung)

\_\_\_\_\_  
(Name des Medikamentes) (Dosierung)

\_\_\_\_\_  
(Name des Medikamentes) (Dosierung)

5. Angaben zu **Lebensmittel-Unverträglichkeiten** und **Allergien**

Wir sind bemüht speziell bei der Essenzubereitung auf Unverträglichkeiten und Allergien Ihres Kindes Rücksicht zu nehmen und entsprechende Alternativen anzubieten. Um die entsprechenden Lebensmittel besorgen zu können, bitten wir Sie um nachfolgende Angaben:

5.a Lebensmittel-Unverträglichkeit gegen: (Falls Zeile nicht ausreicht - bitte Rückseite oder extra Blatt verwenden)

\_\_\_\_\_

Die Unverträglichkeit zeigt sich wie folgt:

\_\_\_\_\_

5.b Allergien:

---

Die Reaktion auf die Allergie zeigt sich wie folgt:

---

6. Anschrift des Hausarztes:

---

(Name)

(Telefonnummer)

---

(Straße, Hausnummer) (Postleitzahl, Ort)

### **Haftungsausschluss**

bei nicht bestehender Tetanus-Impfung

Sollte Ihr Kind vor Beginn der Zeltlagereinheit **nicht** gegen Tetanus geimpft sein, bitten wir um zusätzliche **Unterzeichnung dieses Abschnittes**.

Die Teilnahme am Zeltlager erfolgt auf eigenes Risiko. Wir weisen Sie darauf hin, dass, falls sich Ihr Kind leichte Verletzungen zuziehen sollte, die unter die 1. Hilfe fallen, wir deswegen nicht ins Krankenhaus fahren werden. Wir übernehmen keine Haftung für Schäden bzw. Folgeschäden einer Nichttetanusimpfung.

Ich / Wir, als Personensorgeberechtigte(r) habe(n) diesen Haftungsausschluss zur Kenntnis genommen und bestätige(n) dies mit meiner / unserer Unterschrift.

---

(Datum)

(Unterschrift des Personensorgeberechtigten)