



Veranstaltungspass

Veranstaltung

Zeitraum und Ort

1. Angaben zum Teilnehmer/zur Teilnehmerin (Bei Platzmangel für genaue Angaben ggf. Rückseite verwenden.)

Nachname

Vorname(n)

Geburtstag

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Telefon

Mobiltelefon

E-Mail

Staatsangehörigkeit

Gemeinde/Jugendgruppe

Sonstiges bei der Betreuung zu beachten

Name der Krankenversicherung

Krankenversicherungsnummer

Bitte Chipkarte der Krankenkasse zum Freizeitbeginn mitgeben. Zutreffendes bitte ankreuzen:

Allergien Diabetes Asthma Lebensmittelunverträglichkeiten:

Bitte Impfausweis (Kopie) beifügen, oder folgendes ankreuzen:

aktuell geimpft gegen: Tetanus, wann? Diphtherie, wann? FSME, wann?

Behinderung, wenn ja welche:

psychische Auffälligkeiten (z.B. Hyperaktivität):

chronische Krankheiten:

ich habe keine ansteckenden Krankheiten

Medikamente, wenn ja welche:

Name und Telefon des Haus- und/oder Facharztes:

Wichtiger Hinweis: Sollte sich der Gesundheitszustand ändern, besteht die Verpflichtung der Sorgeberechtigten, den Veranstalter umgehend darüber zu informieren!

private (Familien)-Haftpflichtversicherung

Badeerlaubnis - Nichtschwimmer, Anfänger, Schwimmer, Rettungsschwimmer (bitte Zutreffendes unterstreichen)

Einverständnis - für besonders gefahrenträchtige Unternehmungen laut Ausschreibung (z.B. Klettern, Reiten, Lagerfeuer, Schifffahren, Skisport, Motorsport, Wassersport)

Sonstiges zu beachten, z.B. im letzten Jahr Scheidung der Eltern, Todesfall oder bei Kindern (Bettnässer)

Bei Minderjährigen müssen die Angaben zu Sorgeberechtigten auf Seite 2 ausgefüllt werden!

2. Bei Minderjährigen: Angaben zu Sorgeberechtigten

a)

Nachname Vorname(n)

Anschrift während der Veranstaltung

E-Mail

b)

Nachname Vorname(n)

Anschrift während der Veranstaltung

E-Mail

Ständige Erreichbarkeit in Notfällen

3. Unterschrift/Einverständniserklärungen

Die Ausschreibung, sowie die dazugehörigen Anmelde- und Teilnahmebedingungen der Freizeitmaßnahme sind mir bzw. meinen Sorgeberechtigten bekannt und für alle Teilnehmer und Sorgeberechtigten bindend.

Ich bin damit einverstanden, dass obige Daten für interne Zwecke elektronisch gespeichert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass der Arzt, der mein Kind behandelt, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Gesamtverantwortlichen, oder der vom ihm beauftragten Person, entbunden wird. Fernerhin bin ich damit einverstanden, dass mein Kind, in Absprache mit den Eltern, aus dem Krankenhaus in die Obhut des Gesamtverantwortlichen, oder der vom ihm beauftragten Person, übergeben werden darf.

Ich bin mit der Verwendung von Bild-, Video und/oder Tonaufnahmen zu Dokumentations-, Informations- und Werbezwecken einverstanden, die während der Maßnahme durch den Veranstalter entstehen, auf denen ich/mein Kind zu sehen/hören ist.

Sollte ein berechtigtes Interesse daran bestehen, dass Bilder nicht veröffentlicht werden, muss dies schriftlich vor Beginn der Maßnahme dem Veranstalter mitgeteilt werden.

Mir ist bekannt, dass während der Freizeitmaßnahme den Teilnehmern festgelegte Zeit für selbständige Unternehmungen eingeräumt wird, die sie ohne Aufsicht in einem angewiesenen Rahmen gestalten dürfen (Stadtbummel, Freizeit im Objekt, etc.).

Ort, Datum, Unterschriften (bei Minderjährigen von Sorgeberechtigten)

4. Veranstalter