**FREIZEITPASS**

**Name und Termin der Veranstaltung**
Mädels-Faschingsfreizeit, 01. – 05.03.2025

Liebe Eltern,
es ist für uns sehr wichtig, dass Sie den Freizeitpass ihres Kindes gewissenhaft und sorgfältig ausfüllen. Die anzugebenen Informationen werden vertraulich behandelt und dienen allein dem Wohl ihres Kindes.
Um unsere Aufsichtspflicht und die damit verbundene Verantwortung wahrzunehmen, sind diese Informationen für uns zwingend notwendig.

 **Persönliche Daten Teilnehmer/in**

Vorname Nachname
Klicken, um Text einzugeben. Klicken, um Text einzugeben.
Straße Hausnummer
Klicken, um Text einzugeben. Klicken, um Text einzugeben.
PLZ Wohnort
Klicken, um Text einzugeben. Klicken, um Text einzugeben.
GeburtsdatumKlicken, um Text einzugeben. **Erreichbarkeit des/der Sorgeberechtigten**Vorname Nachname
Klicken, um Text einzugeben. Klicken, um Text einzugeben.
Telefonnummer Handynummer
Klicken, um Text einzugeben. Klicken, um Text einzugeben.
Email
Klicken, um Text einzugeben.
Verwandte/Freunde, die im Notfall weiterhelfen können – bitte Telefonnummer mit angeben!
Klicken, um Text einzugeben.
Klicken, um Text einzugeben.
Klicken, um Text einzugeben.
**Gesundheitsfürsorge**Krankenversicherung: ☐gesetzlich ☐privat
Name der Krankenkasse Versicherungsnummer
Klicken, um Text einzugeben. Klicken, um Text einzugeben.
Vor-und Nachname des / der Familienangehörigen, über den die oben genannte Person versichert ist.
Klicken, um Text einzugeben.
Name und Adresse des Hausarztes / der Hausärztin
Klicken, um Text einzugeben.

**Impfungen** (Kopie Impfpass beilegen)
Tetanus (Wundstarrkrampf): ☐nein ☐ja letztes Impfdatum:
FSME (Zeckenbiss): ☐nein ☐ja letztes Impfdatum:

Ich bin damit einverstanden, dass eine Mitarbeiterin eine Zecke bei meiner meiner Tochter entfernen darf: ☐ja ☐nein
Wenn nein angekreuzt ist, gehen die Mitarbeiterinnen mit ihrer Tochter zu einer Ärztin / einem Arzt.

**Medikamente**Generell dürfen verschreibungspflichtige Medikamente nur nach einer Anamnese durch eine Ärztin / einen Arzt verabreicht werden. Daran halten wir uns. Sollte ihre Tochter Medikamente während der Veranstaltung einnehmen, informieren Sie uns bitte darüber. Wenn wir die Einnahme des Medikaments sicherstellen sollen, bitten wir Sie untenstehend nähere Informationen zum Medikament und seiner Einnahme mitzuteilen.

Name des Medikaments Dosierung
Klicken, um Text einzugeben. Klicken, um Text einzugeben.

☐nimmt meine Tochter selbst ein
☐soll von den Mitarbeiterinnen verabreicht werden

Weitere Informationen / Bemerkungen / Hinweise
Klicken, um Text einzugeben.

**Verabreichung rezeptfreier Medikamente**Bei Bedarf können wir Ihrer Tochter rezeptfreie Medikamente wie Kopfschmerztabletten, Halstabletten, Wund- oder Stichsalbe 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, müssten wir Ihre Tochter bei jeder Verletzung
(z. B. Wespenstich) zur Ärztin/zum Arzt bringen.

Ich stimme der Verabreichung rezeptfreier Medikamente zu:
☐ja ☐nein
 **Worauf muss besonders geachtet werden?**
(z. B. Allergien, Lebensmittelunverträglichkeiten, Behinderungen, Herzfehler, Hitzeempfindlichkeit, Bettnässen, Medikamentenunverträglichkeit, Abhängigkeiten von Medikamenten und Rauschmitteln, ADS / ADHS, Zahnspange, Verhalten usw. - ggf. gesonderte Mitteilung oder ärztliches Attest beifügen)
Klicken, um Person 1 einzutragen
Klicken, um Person 2 einzutragen
 **Sonstiges**

Wir nehmen an der Gemeinschaftstunde teil: ☐ja ☐nein
Anzahl Personen: Klicken, um Text einzugeben.

**Einverständniserklärung**

* Der Veranstalter übernimmt keine Haftung für abhanden gekommene, beschädigte oder verlorene Gegenstände, die meinem Kind oder einem Dritten gehören, es sei denn, dass dem Veranstalter ein Verschulden anzulasten ist.
* Meine Tochter ist von mir angewiesen worden, den Anordnungen der Verantwortlichen der Veranstaltung Folge zu leisten. Mir ist bekannt, dass der Veranstalter für Folgen von selbstständigen Unternehmungen und dadurch verursachte Schäden nicht haftet.
* Mir ist bekannt, dass die Teilnehmenden während der Veranstaltung im Rahmen des Programms und ihrem Alter entsprechend freie Zeit haben, in der sie selbstständig und ohne direkte Aufsicht unterwegs sein dürfen.
* Wenn mein Kind mit seinem Verhalten die Veranstaltung, sich selber oder andere gefährdet, kann der Veranstalter mein Kind auf meine Kosten nach Hause schicken. In diesem Fall ist der Veranstalter berechtigt den Vertrag der Teilnahme an dieser Veranstaltung fristlos zu kündigen. Die vom Veranstalter eingesetzten Leiter/innen oder sonstigen Verantwortlichen sind ausdrücklich bevollmächtigt, Abmahnungen und Kündigungen namens des Veranstalters vorzunehmen. Die zusätzlich entstandenen Kosten gehen in diesem Fall zu Lasten des Gekündigten.
* Ich versichere, dass meine Tochter an keiner ansteckenden Krankheit leidet und frei von Ungeziefer (z. B. Kopfläusen, Flöhen) ist bzw. zur Veranstaltung kommt.

☐Ich bin damit einverstanden, dass Bilder und Videos, die während der Freizeit von meinem Kind entstehen, für Veröffentlichungen der Jugendarbeit EC Sielmingen und des SWD-EC-Verbands genutzt werden dürfen. Einer konkreten Veröffentlichung können Sie jederzeit widersprechen. Der Veranstalter wird im Falle eines Widerspruchs das entsprechende Bild zeitnah aus dem von ihm verantworteten Bereich entfernen. Ihnen ist dabei bekannt, dass digitale Bilder kopiert, an anderer Stelle verwendet oder auch verändert werden können, ohne dass der Veranstalter darauf Einfluss hätte. Auf eine Vergütung für die Veröffentlichung eines Bildes oder einer Videosequenz verzichten Sie hiermit ausdrücklich. Auf die Fotos oder Videos, die möglicherweise von Teilnehmenden gemacht werden, hat der Veranstalter keinen Einfluss. Er ist nicht verpflichtet, diesbezüglich Verbote oder Gebote auszusprechen bzw. Kontrollen vorzunehmen.

☐Ich stimme den allgemeinen Geschäftsbedingungen ([www.swdec.de/agb](http://www.swdec.de/agb)) und den Datenschutzerklärungen ([www.swdec.de/datenschutz](http://www.swdec.de/datenschutz)) des Veranstalters zu.
\*\*\*Bei diesem Feld handelt es sich um ein Pflichtfeld\*\*\*

Meine Tochter und ich / wir selbst haben diese Informationen zur Kenntnis genommen. Mit der Unterschrift bestätigt der / die Sorgeberechtigte/n, dass die Informationen akzeptiert werden und alle Angaben richtig und vollständig sind. Als Alleinunterzeichner/in bestätige ich gleichzeitig, dass ich alleinige/r Sorgeberechtigte/r bin, bzw. vom anderen Sorgeberechtigten

(anderen Elternteil) mit der Abgabe der entsprechenden Erklärungen beauftragt bin und in dessen Kenntnis und Einverständnis handle.

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

Datum Unterschrift des/der Sorgeberechtigte(n) (beide Elternteile!)

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

Datum Unterschrift des Teilnehmers