

# Elternerklärung

für die Freizeit: Pfingstcamp in Neuenkirchen

des

SV Fortuna Beesten

Vom 26.05.2023 bis 30.05.2023

Alle Angaben bitte in Druckschrift ausfüllen. Abgabetermin: \_\_\_\_\_

Im Interesse Ihres Kindes und der Gemeinschaft bitten wir Sie, diese Elternerklärung sorgfältig auszufüllen. Danke!

**Mit der Abgabe dieser Anmeldung versichere ich, dass mein unten angegebenes Kind Mitglied im SV Fortuna Beesten e. V. ist.**

Name, Vorname des Teilnehmers: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

Alter, zur Zeit der Freizeit: \_\_\_\_\_ Jahre alt.

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Name der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Handy-Nr. (WhatsApp): \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Der Teilnehmer hat **die Erlaubnis**, an allen allgemeinen und besonderen Veranstaltungen während des Ferienaufenthaltes teilzunehmen. Den Weisungen des Aufsichtsführenden hat der Teilnehmer nachzukommen. Wir sind uns bewusst, dass ein schuldhaftes Verhalten des Teilnehmers eine Haftung des Vereins ausschließt.

Verstößt ein Teilnehmer durch grobes, ordnungswidriges Verhalten gegen Lagerordnung/Hausordnung und Anweisungen des Aufsichtsführenden, so kann er/sie von der weiteren Teilnahme an der Freizeit ausgeschlossen werden. Die dadurch entstehenden Kosten sind von den Erziehungsberechtigten zu tragen.

**Eine Erstattung des TN-Beitrages ist in diesem Fall nicht möglich (auch nicht anteilig).**

Während der Dauer der Freizeit übertrage(n) ich(wir) die Aufsichtspflicht den zuständigen von dem Verein beauftragten Personen. Die Aufsichtspflicht beginnt am Abfahrtspunkt und erlischt nach Beendigung der Reise am vereinbarten Ort.

Während des Camps werden Fotos von den verschiedenen Aktionen und der Gruppe angefertigt. Diese können später auf Wunsch nachbestellt werden. Einige Fotos werden für die Öffentlichkeitsarbeit (Presse, Sponsoren, Internet usw.) benötigt.

**Hiermit erklären wir uns damit einverstanden, dass Fotos von unserem Kind für weitere Zwecke im Sinne der Kinder- und Jugendarbeit verwendet werden dürfen.**

Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Um ansteckenden Krankheiten vorzubeugen, empfehlen wir Ihnen, ihr Kind vor Antritt der Fahrt von einem Arzt untersuchen zu lassen.

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der gesetzlichen Vertreter)

Seite2/2

Während des Aufenthaltes des Teilnehmers der Freizeit bin ich / sind wir unter folgender Anschrift erreichbar (Falls Sie nicht zu erreichen sind, geben Sie hier bitte die Anschrift einer Kontaktperson, einer Person Ihres Vertrauens an.):

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_



Bitte hier nichts eintragen !!!!!

\_\_\_\_\_

(Ort, Datum)

Ich / Wir hole(n) heute meine(n) / unsere(n) Sohn / Tochter

aus \_\_\_\_\_ der \_\_\_\_\_ Freizeit

ab. Mit der Unterschrift erkläre(n) ich / wir, dass ich / wir das Sorgerecht für

\_\_\_\_\_ habe(n) .

**Ansprüche an die/den Aufsichtführende/n bzw. an den Verein bestehen nicht.**

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)

## Checkliste

Name: \_\_\_\_\_

Brillenträger/ Kontaktlinsen	Ja _____	Nein _____
Zahnspange	Ja _____	Nein _____
Schuheinlagen	Ja _____	Nein _____
Hörgerät	Ja _____	Nein _____

### Allergien

Insektenallergie	Ja _____	Nein _____
Heuschnupfen	Ja _____	Nein _____
Sonstige Allergien:	Ja _____	Nein _____

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Medikamente

Unser(e) Sohn/ Tochter nimmt regelmäßig Medikamente ein

Ja _____	Nein _____
----------	------------

Wenn ja, welches Medikament? \_\_\_\_\_

Sie/ Er erledigt dies selbst	Ja _____	Nein _____
Sie/ Er benötigt Unterstützung	Ja _____	Nein _____

In diesem Falle geben Sie die Medikamente bei Ankunft den Betreuern, diese sorgen für die regelmäßige Einnahme.

Wir erlauben die Verabreichung von frei käuflich und homöopathischen Medikamenten und Salben (Bsp. Bei Schürfwunden, Mückenstichen usw.).

Ja _____	Nein _____
----------	------------

### Schutzimpfung ?

Wundstarrkrampf	Ja _____	Nein _____
Zecken (FSME)	Ja _____	Nein _____
COVID-19	Ja _____	Nein _____

Blutgruppe, falls bekannt: \_\_\_\_\_

### Sonstiges

### Bemerkungen:

Lichtempfindlich / Sonnenbrand	Ja _____	Nein _____	_____
Hyperaktivität	Ja _____	Nein _____	_____
Bettnässen	Ja _____	Nein _____	_____
Epilepsie	Ja _____	Nein _____	_____
Hat der Teilnehmer Kreislaufbeschwerden?	Ja _____	Nein _____	_____
Seite 2/2			
Sozial auffälliges Verhalten	Ja _____	Nein _____	_____

Der Teilnehmer ist bei folgender Krankenkasse familienversichert:

Versicherer: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Der Teilnehmer ist privat versichert. Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

### Ernährung

Vegetarier Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_  
Veganer Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_  
Lebensmittelunverträglichkeit Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Wenn ja, gegen: \_\_\_\_\_

### Was muss der Betreuer noch wissen?

### Bemerkungen:

Unser Tochter/ Sohn kann schwimmen? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_  
Dem Teilnehmer ist es gestattet  
am Baden teilzunehmen? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Der Teilnehmer hat mindestens  
das Freischwimmerzeugnis? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_  
Weitere Besonderheiten, die in  
diesem Zusammenhang wichtig sind: Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Uns ist bekannt, dass für das im Teilnehmerbeitrag enthaltene Taschengeld (10€) keine Haftung seitens der Lagerleitung/Betreuer übernommen werden kann. Wir werden unser Kind entsprechend informieren. Es besteht die Möglichkeit, Musikinstrumente und Taschengeld beim Betreuer abzugeben!

### Sonstige Bemerkungen:

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

**Alle Angaben in dieser Checkliste haben wir nach bestem Wissen und Gewissen gemacht.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten