

# Freizeit-Pass

Bitte alle Punkte sorgfältig ausfüllen, damit die Leitung der Maßnahme über das Wichtigste informiert ist und der Aufsichtspflicht in vollem Umfang gerecht werden kann.

Name d. Teilnehmenden: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Wohnort: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon: .....

## Adresse der Erziehungsberechtigten während der Freizeit:

*Im Notfall sind die Erziehungsberechtigten wie folgt erreichbar.*

Name: .....

Handy: .....

Adresse: .....

*Wenn die Erziehungsberechtigten im Notfall dort nicht erreichbar sind, kann man sich wenden an:*

Name / Verwandtschaft: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

## Angaben für ärztliche Hilfe:

*Bitte Versicherungskarte bei Freizeitbeginn der Leitung übergeben!*

Krankenversicherung: .....

Versicherungsnummer: .....

Versicherte Person: .....

Auslandskrankenversicherung Ja  Nein

## Bitte Kopie des Impfausweises beifügen!

### Gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) geimpft?

Nein  Ja: Wann? .....

Womit? .....

### Gegen Polio und Diphtherie geimpft?

Nein  Ja: Wann? .....

### Gegen Zecken geimpft?

Nein  Ja: Wann? .....

## Anschrift des Hausarztes:

Name: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

## Worauf ist besonders zu achten?

*(z.B. Spange tragen, chronische Krankheiten, Inkontinenz, Herzfehler, Medikamente, Medikamentenunverträglichkeit, Allergien, Hitzeempfindlichkeit, besonderes Verhalten, usw.)*

Medikamente: Nein  Ja: .....

Asthma/Allergien: Nein  Ja: .....

Krankheiten: Nein  Ja: .....

Einschränkungen: Nein  Ja: .....

Sonstiges: .....

## Badeerlaubnis:

Nein  Nichtschwimmer

Ja, unter Aufsicht als: Anfänger  Schwimmer

Rettungsschwimmer  .....

## Wichtige Mitteilungen:

Mir ist bekannt, dass es zur erlebnispädagogischen Arbeitsweise des CVJM gehört, dass Kinder und /oder Jugendliche im Rahmen des Programmes (z.B. bei einem Waldspiel oder Waldlauf) oder aber auch außerhalb des Programmes, also in der freien Zeit, selbstständig und ohne direkte Aufsicht unterwegs sind.

Meine Tochter / mein Sohn ist angewiesen worden, den Anordnungen der Verantwortlichen Folge zu leisten. Sollte sich meine Tochter / mein Sohn wider Erwarten so verhalten, dass eine weitere Teilnahme nicht mehr zu vertreten ist, bin ich damit einverstanden, dass er/sie auf meine Kosten nach Hause gebracht wird.

Wir ermächtigen die Leitung, falls notwendig, unsere(n) Tochter/Sohn in das nächstgelegene Krankenhaus einzuweisen und/ oder eine ärztliche Behandlung vornehmen zu lassen.

Ich versichere und trage dafür Sorge, dass mein Kind frei von ansteckenden Krankheiten im Sinne des Infektionsschutzgesetzes ansteht. Auch bei Läusebefall und Magen-Darm-Erkrankungen müssen – zum Schutz der anderen Teilnehmer – betroffene Kinder sofort von der Teilnahme ausgeschlossen werden. Bei Missachtung dieser Regelung ist mit Schadensersatzansprüchen für erhöhten Aufwand bzw. Behandlung anderer Kinder zu rechnen. Ich/wir bin/sind mit einer Kontrolle bei Läusebefall während der Maßnahme sowie ggf. einer Behandlung gegen Läuse auf meine/unsere Kosten einverstanden.

.....  
Datum und Unterschrift der Erziehungsberechtigten

# Medikamentengabe

Bitte bringen Sie die Krankenversicherungskarte und den Impfpass (Kopie ausreichend) zur Freizeit mit und informieren Sie mich vorab vollständig über etwaige Auffälligkeiten und Medikamenteneinnahmen mit diesem Vordruck. Im Falle einer Medikamenteneinnahme benötige ich zwingend die schriftliche Dosierungsanweisung und Vergabeerlaubnis.

## Daten des Teilnehmenden:

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

## Anschrift des Hausarztes:

Name: .....

Adresse: .....

.....

Telefon: .....

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten gemäß Anweisung des Hausarztes eingenommen werden:

Medikament	Morgens		Mittags		Abends	
	Dosierung	Uhrzeit	Dosierung	Uhrzeit	Dosierung	Uhrzeit

## Besondere Gebrauchshinweise / Sonstiges:

.....

.....

.....

.....

## Ermächtigung der Eltern / des / der Sorgeberechtigten:

Hiermit ermächtige /-n ich / wir die Freizeitleitung und in Vertretung geeigneten Mitarbeiter unserem Kind die o. g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

.....

Ort, Datum Unterschrift der Eltern / des / der Sorgeberechtigten