



**TEILNEHMERIN/TEILNEHMER**

FAMILIENNAME

VORNAME

STRASSE HAUSNUMMER

PLZ WOHNORT, EVTL. LAND

GEB.-DATUM

GESCHLECHT weiblich männlich

(MOBIL-)TELEFONNUMMER

**NAME DER VERANSTALTUNG**

JuLeiCa Sommer

TERMIN

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigten,

Qualität und Sicherheit unserer Veranstaltungen sind uns ein besonderes Anliegen. Die Aufsicht über Ihre Tochter/Ihren Sohn wollen wir inhaltlich angemessen, den Interessen Ihrer Tochter/Ihres Sohnes und der anderen Teilnehmenden entsprechend, wahrnehmen. Hierzu benötigen wir konkrete Informationen von Ihnen sowie Ihre Einwilligung. Wir bitten Sie daher, diesen **FREIZEITPASS** vollständig und sorgfältig auszufüllen. Nur die Verantwortlichen und die Verwaltung der Veranstaltung erhalten in diesen **FREIZEITPASS** Einsicht. Bei Bedarf ergänzen Sie weitere Hinweise bitte auf einem Beiblatt.

Ihre Verantwortlichen der Veranstaltung

**ERREICHBARKEIT DES/DER SORGBERECHTIGTEN WÄHREND DER VERANSTALTUNG:**

FAMILIENNAME	(MOBIL-)TELEFONNUMMER
VORNAME	E-MAIL-ADRESSE
STRASSE HAUSNR	NAME(N) VON VERWANDTEN, FREUNDINNEN/FREUNDEN, DIE IM NOTFALL WEITERHELFFEN KÖNNEN
PLZ WOHNORT, EVTL. LAND	(MOBIL-)TELEFONNUMMER

**GESUNDHEITSFÜRSORGE**

◆ Krankenversichert bei folgender gesetzlicher privater **Krankenkasse**:

NAME DER KRANKENKASSE	VERSICHERUNGSNUMMER
-----------------------	---------------------

◆ Name des/der Familienangehörigen, über den die oben genannte Person versichert ist:

VOR- UND FAMILIENNAME

◆ Die Versichertenkarte ist diesem **FREIZEITPASS** beigelegt Diese wird zur Veranstaltung mitgebracht

**Impfungen**

(Bitte die Impfungen eintragen oder Impfpass oder Fotokopie des Impfpasses beilegen. Siehe Merkblatt.)

Geimpft gegen Tetanus/Wundstarrkrampf?    nein    ja                      Geimpft gegen FSME (Zeckenbiss)?    nein    ja

LETZTES IMPFDATUM

LETZTES IMPFDATUM

Ich bin damit einverstanden, dass eine/ein Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter eine Zecke bei meiner Tochter/meinem Sohn entfernen darf:    nein    ja  
Ist „nein“ angekreuzt, dann gehen die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn 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/Ihr Sohn Medikamente während der Veranstaltung einnehmen, informieren Sie uns bitte darüber. Wenn wir die Einnahme des Medikamentes aus einem besonderen Grund sicherstellen sollen, brauchen wir von Ihnen dazu den folgenden Auftrag:

### Verabreichung rezeptfreier Medikamente durch die Mitarbeitenden der Veranstaltung

Bei Bedarf können wir Ihrer Tochter/Ihrem Sohn rezeptfreie Medikamente wie Kopfschmerztabletten, Halstabletten, Wund- oder Stichtsalbe 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/Ihren Sohn bei jeder Verletzung (z. B. Wespenstich) zur Ärztin/zum Arzt bringen.

Ich stimme der Verabreichung von **rezeptfreien** Medikamenten zu:    nein    ja

### Worauf muss besonders geachtet werden?

(z. B. Allergien, Behinderungen, Herzfehler, Hitzeempfindlichkeit, Bettnässen, Medikamentenunverträglichkeit, Abhängigkeiten von Medikamenten und Rauschmitteln, ADS/ADHS, Zahnsperre, Verhalten usw. - ggf. gesonderte Mitteilung beifügen). Ggf. können ärztliche Atteste beigelegt werden.

Sollte Ihre Tochter/Ihr Sohn Medikamente während der Veranstaltung einnehmen, informieren Sie uns bitte darüber:

NAME DES MEDIKAMENTES
-----------------------

nimmt meine Tochter/mein Sohn selber ein

soll von den Mitarbeitenden verabreicht werden:

DOSIERUNG	WARNHINWEISE
-----------	--------------

### Weitere Informationen

Z.B. Identität, Verhalten usw.
--------------------------------

### PRIVATE HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Besteht eine private Haftpflichtversicherung    nein    ja

### ERNÄHRUNG

Besondere Hnweise zur Ernährung:    Vegetarier/in    kein Schweinefleisch    sonstiges (Einzelheiten bitte ins Feld UNVERTRÄGLICHKEITEN)

UNVERTRÄGLICHKEITEN
---------------------

### INFORMATIONEN UND EINWILLIGUNGEN DES/DER SORGBERECHTIGTEN AN DIE/DEN VERANSTALTERIN/VERANSTALTER

- ◆ Der/die Veranstalter/in übernimmt keine Haftung für abhanden gekommene, beschädigte oder verlorene Gegenstände, die meiner Tochter/ meinem Sohn oder einem Dritten gehören, es sei denn, dass dem/der Veranstalter/in ein Verschulden anzulasten ist.
- ◆ Während der Veranstaltung werden Fotos und teilweise Videos durch Mitarbeitende des Veranstalters/der Veranstalterin und Teilnehmende der Veranstaltung gemacht, auf denen ggf. auch Ihre Tochter/Ihr Sohn zu sehen ist. Vereinzelt werden Fotos vom/von der Veranstalter/in in seinen Publikationen abgedruckt und im Internet Fotos und kurze Videos verwendet. Wir wählen die Fotos und Videos sorgfältig und gewissenhaft aus. **Sie erteilen mit Ihrer Unterschrift die ausdrückliche, jederzeit widerrufliche, ansonsten jedoch unbefristete, Zustimmung zur entsprechenden Verwendung von Bildern und Videos, auf denen Ihre Tochter/Ihr Sohn abgebildet ist.** Eine Verwendung ohne ihre Zustimmung ist darüber hinaus in den gesetzlich geregelten Fällen zulässig. Ihnen ist dabei bekannt, dass digitale Bilder und Videos aus dem Internet kopiert, woanders verwendet oder auch verändert werden können, ohne dass der/die Veranstalter/in darauf Einfluss hätte. Einer Veröffentlichung können Sie jederzeit widersprechen. Der/die Veranstalter/in wird im Falle eines Widerspruchs das Bild oder das Video zeitnah aus dem von ihr/ihm verantworteten Bereich im Internet (Homepage des/der Veranstalter/in) entfernen. Eine Verpflichtung zur Veranlassung der Beseitigung in Suchmaschinen, Social-Media-Portalen, Bildportalen oder sonstigen digitalen Medien (z.B. Facebook, Twitter, Instagram, WhatsApp) besteht jedoch nicht, soweit der/die Veranstalter/in die Einstellung dort nicht selbst vorgenommen oder aktiv veranlasst hat. Auf eine Vergütung für die Veröffentlichung eines Bildes oder einer Videosequenz verzichten Sie hiermit ausdrücklich. Auf die Fotos oder Videos, die die Teilnehmenden machen, hat der/die Veranstalter/in keinen Einfluss; er/sie ist nicht verpflichtet, diesbezüglich Verbote oder Gebote auszusprechen bzw. Kontrollen vorzunehmen.
- ◆ Meine Tochter/mein Sohn ist von mir angewiesen worden, den Anordnungen der Verantwortlichen der Veranstaltung Folge zu leisten. Mir ist bekannt, dass der/die Veranstalter/in 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.
- ◆ Ich versichere, dass meine Tochter/mein Sohn an keiner ansteckenden Krankheit leidet und frei von Ungeziefer (z. B. Kopfläusen, Flöhen) ist bzw. zur Veranstaltung kommt. Das Merkblatt GEMEINSAM VOR INFektionen SCHÜTZEN des Robert-Koch-Instituts zu § 34 Abs. 5 S. 2 Infektionsschutzgesetz habe ich gelesen und meine Tochter/meinen Sohn entsprechend belehrt.

Meine Tochter/mein Sohn 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 SORGBERECHTIGTE(N) (BEIDE ELTERTEILE)
	<b>X</b> <span style="margin-left: 200px;"><b>X</b></span>

DATUM	UNTERSCHRIFT JUGENDLICHE/R
	<b>X</b>

Ev. Jugend Bramsche,  
Münsterstr. 16  
49565 Bramsche  
jugend@mail.de

*Adressfeld für Rücksendung*

Anlage: Merkblatt GEMEINSAM VOR INFEKTIONEN SCHÜTZEN

Hinweis: Die Mitarbeitenden des Veranstalters/der Veranstalterin versichern den vertrauensvollen Umgang mit den Informationen in diesem FREIZEITPASS. Die Daten Ihrer Tochter/Ihres Sohnes werden von den Mitarbeitenden der Veranstaltung nur weitergegeben bei Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und gegenüber Behörden. Dieser FREIZEITPASS wird bis zur Verjährung von möglichen rechtlichen Ansprüchen des/der Teilnehmenden oder des/der Sorgeberechtigten beim Veranstalter/bei der Veranstalterin, unter Beachtung des Datenschutzes, aufbewahrt. Nach Ende dieser Aufbewahrungsfrist wird der FREIZEITPASS mit dem Aktenvernichter vernichtet.

© Evangelisches Jugendwerk in Württemberg | Stand 06/2017