



Vorname und Name	<input type="text"/>
Name, Vorname des Personensorgeberechtigten:	<input type="text"/>
Krankenversichert bei welcher Krankenkasse	<input type="text"/>
Versicherungsnummer	<input type="text"/>
Versichert über (Name der/des Familienangehörigen)	<input type="text"/>

Impfungen:

Geimpft gegen Tetanus/Wundstarrkrampf?

- Ja, letztes Impfdatum
- Nein

Geimpft gegen FSME (Zeckenbiss)?

- Ja, letztes Impfdatum
- Nein

Ich bin damit einverstanden, dass ein Mitarbeiter eine Zecke bei meiner Tochter/meinem Sohn entfernen darf. Ist „nein“ angekreuzt, dann gehen die Mitarbeiter mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn zu einem Arzt.

- Ja
- Nein

Medikamente

Generell dürfen verschreibungspflichtige Medikamente nur nach einer Anamnese durch eine Ärztin/ein Arzt verabreicht werden. 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 Sticksalbe verabreichen, bedürfen hierzu aber Ihrer ausdrücklichen Zustimmung. Hinweis: Bei größeren Problemen nehmen wir in jedem Fall Kontakt mit Ihnen oder einem Arzt vor Ort auf. Wenn Sie uns keine Zustimmung geben, müssten wir Ihre Tochter/Ihren Sohn bei jeder Verletzung (z. B. Wespenstich) zum Arzt bringen.

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

- Ja
- Nein

INFORMATIONEN UND EINWILLIGUNGEN

Meine Tochter/mein Sohn und ich/ wir selbst haben diese Informationen und die aus der Anmeldung über die Webseite zur Kenntnis genommen. Mit der Unterschrift bestätigt der/die Sorgeberechtigte/n, dass die Informationen akzeptiert werden und alle Angaben hier und in der Anmeldung 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.

Ich versichere, dass mein Kind an keiner ansteckenden bzw. übertragbaren Krankheit leidet und kleineren Anstrengungen wie z.B. Wanderungen gewachsen ist.

Mein Sohn / meine Tochter darf am Schwimmen teilnehmen / nicht teilnehmen
Mein Sohn / meine Tochter kann nicht schwimmen / kann schwimmen

Hiermit gebe ich bekannt, dass ich die Freizeitbedingungen des EC anerkenne und versichere, dass mein Kind den Anweisungen der Leitung folgen wird.

Mir/uns ist bekannt und ich stimme zu, dass ich der Veröffentlichung von Fotos und Videos zu Informations- und Werbezwecken (Homepage der Gemeinden und des Camps, Social Media) zustimme (Widerspruch bitte schriftlich).

Das EC übernimmt keine Haftung für Wertgegenstände.

Im Camp gilt ein absolutes Alkohol-, Rauch- und Drogenverbot.

Wenn mein Kind den Anweisungen nicht folge leistet, wird mein Kind unverzüglich auf eigene Kosten von mir/uns abgeholt. Dies gilt auch, wenn das Kind an einer ansteckenden Krankheit leidet, die die weitere Durchführung des Camps für die anderen Kinder gefährdet. Mädchen und Jungs schlafen in getrennten Zelten.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind bei Problemen (z.B. Zeckenbiss) zum Arzt gebracht wird.

Hiermit willige ich ein, dass EventCamp laut Datenschutzverordnung meine persönlichen Daten speichern und weiterverarbeiten kann.

Ja / Nein

.....
Datum, Unterschrift des Personensorgeberechtigten