

Freizeit-Pass



CVJM-Westbund

Bitte alle Punkte sorgfältig ausfüllen, damit die verantwortlichen Leiter der Maßnahme über das Wichtigste informiert sind und ihrer Aufsichtspflicht in vollem Umfang gerecht werden können.

Name d. Teilnehmenden
Straße, Hausnummer
PLZ und Wohnort
Geburtsdatum
Telefon

Adresse der Eltern während der Freizeit :

Im Notfall sind die Erziehungsberechtigten erreichbar:

Name
Telefon
Adresse

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

Name
Adresse
Telefon

Angaben für ärztliche Hilfe

Bitte Versicherungskarte bei Freizeitbeginn dem Leiter übergeben.

Krankenversicherung (z.B. AOK, DAK)
Versicherungsnummer
Versicherungsnehmer
Arbeitgeber
Auslandskrankenversicherung () Ja () Nein

Bitte Kopie des Impfausweises beifügen. Falls keine Kopie des Impfausweises vorliegt, bitte folgende Fragen beantworten:

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, Bettnässer, Herzfehler, Medikamente, Medikamentenunverträglichkeit, Allergien, Hitzeempfindlichkeit, besonderes Verhalten, usw.)

Medikamente: Nein () Ja:
Asthma/Allergien: Nein () Ja:
Krankheiten: Nein () Ja:
Behinderungen: Nein () Ja:

Badeerlaubnis

() Nein () Ja, unter Aufsicht als
() Nichtschwimmer () Anfänger () Schwimmer
() Rettungsschwimmer ()

Wichtige Mitteilungen

.....
.....
.....

Meine Tochter / mein Sohn ist angewiesen worden, den Anordnungen der Verantwortlichen Folge zu leisten. Sollte sich der Jugendliche 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 den Leiter, falls notwendig, unsere(n) Tochter/Sohn in das nächstgelegene Krankenhaus einzuweisen und eine ärztliche Behandlung vornehmen zu lassen.

Ich versichere, dass er/sie an **keiner ansteckenden Krankheit leidet.**

Datum _____ Unterschrift beider Erziehungsberechtigten

Als Teilnehmer bin ich bereit, mich in meiner Lebensweise den Grundsätzen der CVJM Arbeit anzupassen und mich in die Gruppe einzuordnen.

Datum _____ Unterschrift _____