

ANMELDUNG FURTH IM WALD

| | |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Furth im Wald I | 31. Juli – 07. August 2023 |
| <input type="checkbox"/> Furth im Wald II | 07. August – 14. August 2023 |

Daten zum Kind

| | |
|---------------------------------|--|
| Vorname | |
| Name | |
| Geburtsdatum | |
| Wohnsitz (vollständige Adresse) | |

Angaben zum Kind

| | |
|---|--|
| Krankenkasse | |
| Bestehende Erkrankungen, Allergien oder Medikamenten-Unverträglichkeiten | |
| Mein Kind muss folgende Medikamente einnehmen (bitte Medikation angeben) | |
| Bei meinem Kind ist besonders zu berücksichtigen (z.B. ADHS, Ernährung) | |

Angaben zu den Personensorgeberechtigten

| | |
|---|--|
| Name/n der Personensorgeberechtigten (Eltern/Vormund)* | |
| Telefonnummer/n der Personensorgeberechtigten und E-Mail Adresse/n | |
| Bei getrenntem Wohnsitz weitere Adresse bitte angeben | |
| Name einer weiteren Ansprechperson | |
| Telefonnummer weiterer Ansprechperson | |

Einverständniserklärungen

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Rahmen der Ferienfreizeit an den Schwimmausflügen teilnehmen darf.

Schwimmfähigkeit meines Kindes (Zutreffendes bitte ankreuzen):

kann nicht schwimmen

kann schlecht schwimmen

kann gut schwimmen

kann sehr gut schwimmen

Mein Kind besitzt folgendes Schwimmabzeichen: _____

Beim Schwimmen gibt es folgende Besonderheiten zu beachten: (z.B. Angst vor tiefem Wasser, Hautprobleme o.ä.)

Mein Kind nutzt folgende Schwimmhilfe _____,

welche ich zu der Freizeit mitgeben kann (bitte ankreuzen): Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Notfall mit einer vom Amt für Jugend und Familie gekauften Sonnencreme eingecremt werden darf. Zudem bestätige ich, dass die Betreuer*innen meinem Kind bei Bedarf After Sun (Fenistil, oder gleich wirkende Produkte) zur äußerlichen Anwendung verabreichen dürfen.

Mein Kind benötigt Hilfe bei der Einnahme von Medikamenten. Ich bin damit einverstanden, dass eine Betreuungsperson bei der Medikamenteneinnahme hilft. (Bitte Attests vom Arzt und schriftliche Bestätigung von den Erziehungsberechtigten, welche Medikamente wie eingenommen werden müssen beilegen) (Relevant bei Allergien, wenn hier Medikamente oder Notfallmedikamente benötigt werden, z.B. EpiPen)

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Freizeit Bilder/Videos, die von den Teilnehmer*innen gemacht werden, zur Veröffentlichung in (Print-)Publikationen des Veranstalters (Jahresbericht) und für die Teilnehmer*innen selbst, verwendet und zu diesem Zwecke auch abgespeichert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass ggf. bei meinem Kind Schnelltests auf das Coronavirus im Rahmen der Ferienfreizeit gemacht werden, um den Gesundheitsschutz der Gruppe sicherzustellen.

Hiermit bestätige ich, den Elternbrief, das Informationsschreiben, die Packliste sowie die Hinweise zum Datenschutz sorgfältig gelesen zu haben und akzeptiere die darin enthaltenen Hinweise. Die Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf unserer Website unter dem Link: <https://t1p.de/lra-ffz>

Ich übertrage den Betreuer*innen, welche die Fahrt begleiten, die Aufsicht über mein Kind.

Ort, Datum, Unterschrift
Personensorgeberechtigte*¹

Ort, Datum, Unterschrift
Personensorgeberechtigte*r

¹) Hiermit bestätige ich, dass ich das alleinige Sorgerecht für mein Kind habe (Kopie des Urteils oder Sorgerechtsbeschluss bitte beilegen).

Unterschrift Sorgeberechtigte*r