

# Anmeldebogen

zu folgender Freizeitmaßnahme der Stadt Burgdorf

---

## Persönliche Angaben des Teilnehmers/ der Teilnehmerin:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

PLZ/ Wohnort \_\_\_\_\_ Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Festnetz und Handy Sorgeberechtigte: \_\_\_\_\_

Vollständiger Name des Vaters/ der Mutter: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Wann telefonisch zu erreichen? Evtl. Notfallnummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Ist der/die Teilnehmer/in gegen Tetanus geimpft? ☐ ja ☐ nein

Ist der/die Teilnehmer/in Schwimmer? ☐ ja ☐ nein

Welches Schwimmaßzeichen hat der/die Teilnehmer/in: \_\_\_\_\_

### Angaben zu Erkrankungen oder Besonderheiten:

Wir bitten Sie in Ihrem eigenen Interesse eindringlich darum, hier Angaben über etwaige Erkrankungen zu machen. Wir alle möchten, dass Ihr Kind bestmöglich versorgt werden kann.

Chronische Erkrankungen? ☐ ja- Welche? \_\_\_\_\_ ☐ nein  
(Asthma, Epilepsie, usw.)

Allergien? ☐ ja- Welche? \_\_\_\_\_ ☐ nein  
(z.B. gegen Insektenstiche)

ADHS/ADS? ☐ ja- Welche? \_\_\_\_\_ ☐ nein

Sonstiges/  
Bemerkungen: \_\_\_\_\_

(z.B. weitere Erkrankungen, Medikamenteneinnahme während der o.g. Aktion)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter/ mein Sohn homöopathische Globuli, Arnica bei Prellungen und Apis bei Insektenstichen zur Linderung der ersten Symptome von den Betreuern bekommen darf. ☐ ja ☐ nein

Ich bin damit einverstanden, dass evtl. Zecken von den Betreuern entfernt werden und stelle die Betreuer von allen Schadenersatzansprüchen frei, die durch mögliche Spätfolgen entstehen könnten. ☐ ja ☐ nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen der Veranstaltung Bilder und/oder Videos von meinem Kind gemacht werden und zur Veröffentlichung verwendet und zu diesem Zwecke auch abgespeichert werden dürfen (Flyer, Internetauftritte, Zeitungsartikel, Publikationen usw.).

Dieses Einverständnis gilt bis zum Widerruf, ☐ ja ☐ nein  
oder laut DSGVO für ein Jahr.

## Einverständniserklärung

**Hiermit erteile ich meiner Tochter / meinem Sohn**

---

Vorname + Name

die Erlaubnis, an der Freizeitmaßnahme der Stadtjugendpflege Burgdorf teilzunehmen. Mein Kind ist von mir/uns belehrt worden, den Anweisungen der Betreuer/innen zu folgen.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Krankheitsfall in ärztliche Behandlung gegeben wird, sofern kein Elternteil erreichbar ist.

Ich stelle die Stadt Burgdorf und ihre Betreuer von allen Schadenersatzansprüchen frei, wenn mein/e Sohn/Tochter sich unerlaubt von der Gruppe entfernt und eigene, nicht abgestimmte Aktivitäten entwickelt. Bei grobem Fehlverhalten werden die Erziehungsberechtigten benachrichtigt, und wenn nötig, wird der/die Teilnehmer/in frühzeitig von der o.g. Freizeitaktion ausgeschlossen und ggf. auf eigene Kosten nach Hause geschickt.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind selbstständig in einer Kleingruppe (bestehend aus mindestens zwei Teilnehmern) ohne Betreuungsperson mit den Betreuern abgesprochene Aktivitäten unternehmen darf.

Die Anmeldung zu der o.g. Freizeitmaßnahme ist verbindlich. Ein Rücktritt von der Aktion kann nur persönlich erfolgen und muss begründet werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten