

Freizeitpass Segelfreizeit 2026

Angaben zum Teilnehmer

Vorname _____

Name _____

Straße _____

Wohnort _____

Geburtsdatum _____

Handynummer _____

Namen der Eltern/ Sorgeberechtigten _____ :

Während der Freizeit zu erreichen unter Tel.: _____

Falls die Eltern nicht zu erreichen sind bitte folgende Person anrufen: _____

Telefonnummer : _____

Krankenkasse: _____

Meine Tochter / mein Sohn benötigt regelmäßig folgende Medikamente:

(Bitte hier auch Beschwerden wie z. B. häufige Kopfschmerzen, häufige Bauchschmerzen und erfolgreiche Rituale und Gegenmaßnahmen“ ausführlich angeben. Sie helfen uns Betreuern und Ihrem Kind sehr, wenn wir die Situation genau einschätzen können.)

Meine Tochter / mein Sohn leidet unter folgenden Allergien usw. (z.B. Wespenstiche, Asthma, usw.), Unverträglichkeiten (Lebensmittelallergien usw.) und Krankheiten (Epilepsie, ADHS, körperliche Beeinträchtigungen usw.):

Wir sind damit einverstanden, dass alles medizinisch Erforderliche, einschließlich einer klinischen Behandlung unternommen wird, wenn der behandelnde Arzt dies für dringend notwendig hält (z.B. bei Unfall, akutem Blinddarm etc.) Ja Nein

Der behandelnde Arzt sollt über folgende Medikamentenunverträglichkeit (z.B. Allergien) informiert werden:

Hiermit erlaube ich meiner Tochter / meinem Sohn _____, sich während der Freizeit nach Absprache mit den Betreuern in Kleingruppen frei bewegen zu können.

Wir sind damit einverstanden, dass sich unser Sohn/Tochter nach den Anweisungen der Betreuer richten muss und bei schweren Verstößen auf unsere Kosten heimgeschickt werden kann.

_____,den _____

Unterschrift der Eltern/ des Sorgeberechtigten