## Teilnahme – Ausweis



**Maßnahme:** Surfcamp Frankreich

## Angaben zum teilnehmenden Kind

| Name, Vorname;  |
|---|
| Geburtsdatum/ Alter   |
| Krankenkasse:   |
| Krankenversicherungsnummer:   |
| Versicherungsnehmer mit GebDatum:   |
| Haftpflichtversicherung:  |
| Angaben zu den Erziehungsberechtigten (ggf. Pflegeeltern oder sonstige Betreuungspersonen) Name, Vorname: |
| Anschrift (ggf. Urlaubsanschrift):  |
| Telefon (während der Maßnahme): tagsüber:   |
| abends:   |

Medikamentengabe während der Freizeit

| Medika-<br>ment       | 1.(Name Medikament) | 2.(Name Medikament) | 3.(Name Medikament) |
|-----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Morgens               | Uhrzeit:            | Uhrzeit:            | Uhrzeit:            |
|                       | Dosierung:          | Dosierung:          | Dosierung:          |
| Mittags               | Uhrzeit:            | Uhrzeit:            | Uhrzeit:            |
|                       | Dosierung:          | Dosierung:          | Dosierung:          |
| Abends                | Uhrzeit:            | Uhrzeit:            | Uhrzeit:            |
|                       | Dosierung:          | Dosierung:          | Dosierung:          |
| Bemer-<br>kung/       |                     |                     |                     |
| Dauer der<br>Einnahme |                     |                     |                     |

| Ermächtigung der Eltern/ der Sorgebe  | rechtigten  |
|---|---|
| Hiermit ermächtige ich ermächtigen w<br>————————————————————————————————————  | rir<br>(Name der Eltern/Sorgeberechtigten)                                      |
| meinem/unserem Kind   | <br>(Name Kind)   |
| die o.g. Medikamente zu den gegebend<br>durch unser Kind selbstständig einger | en Zeiten zu übergeben. Uns ist bewusst, dass die Medikamente<br>nommen werden. |
|   |   |
| Datum   | Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten                                       |

Rückseite beachten

| z.B. Behinderung des Kindes / Unverträglichkeiten / Allergien / Diabetes / besondere Verhaltensweisen etc. |   |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|
| Bitte alles angeben, worauf die Betreuer*innen besonders achten müssen.                                    |   |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |
| <b>In welchem Jahr wurd</b><br>Bitte <u>Kopie</u> des Impfpas  | e Ihr Kind zuletzt geimpft?<br>sses mitgeben!                                 |  |  |  |  |
| Gegen  | Tetanus, Diphtherie   |  |  |  |  |
|  | Masern, Mumps, Röteln: Zeckenstiche:  |  |  |  |  |
| Zeckenentfernung durc  | ch: Betreuer*in   |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |
| Abholerlaubnis   |   |  |  |  |  |
|  | n Erziehungsberechtigten von folgenden, weiteren Personen abgeholt werden:    |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |
| 2  |   |  |  |  |  |
|  | 99. eigenständig nach Hause, sobald der Bus die Gruppe an der Zielhaltestelle |  |  |  |  |

## Sonstiges

Mein Kind hat die Erlaubnis, an allen Veranstaltungen der Ferienmaßnahme teilzunehmen.

Mein Kind darf zeitweise eigenständig und in Kleingruppen ohne Aufsicht unterwegs sein (nach Absprache und Regelungen mit den zuständigen Betreuer\*innen).

Mir ist bekannt, dass mein Kind unter Umständen (z. B. Gefährdung der anderen Teilnehmer\*innen, Zuwiderhandlung bei Anordnungen der pädagogischen Leitung, etc.) von der Freizeitmaßnahme ausgeschlossen werden kann. Kosten, z.B. für den Rücktransport, welche hierdurch entstehen, trägt der gesetzliche Vertreter.

## Einschränkung der Aufsichtspflicht und Haftung:

Es kann keine Haftung übernommen werden, wenn das Kind den Anordnungen der Leitung nicht Folge leistet!

Es gelten die allgemeinen Teilnahmebedingungen des KJR Augsburg-Land (siehe Homepage).

Datum Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten