

## Teilnahme – Ausweis

**Maßnahme:** Abenteuercamp



### Angaben zum teilnehmenden Kind

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/ Alter: \_\_\_\_\_

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

Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer mit Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

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:<br>Dosierung: | Uhrzeit:<br>Dosierung: | Uhrzeit:<br>Dosierung: |
| Mittags                                  | Uhrzeit:<br>Dosierung: | Uhrzeit:<br>Dosierung: | Uhrzeit:<br>Dosierung: |
| Abends                                   | Uhrzeit:<br>Dosierung: | Uhrzeit:<br>Dosierung: | Uhrzeit:<br>Dosierung: |
| Bemer-<br>kung/<br>Dauer der<br>Einnahme |                        |                        |                        |

### Ermächtigung der Eltern/ der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige ich ermächtigen wir \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.(Name der Eltern/Sorgeberechtigten)

den Kreisjugendring Augsburg-Land

meinem/ unserem Kind \_\_\_\_\_  
(Name Kind)

die o.g. Medikamente zu den gegebenen Zeiten zu übergeben. Uns ist bewusst, dass die Medikamente durch unser Kind selbstständig eingenommen werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten

Rückseite beachten

### Besondere Bedürfnisse (falls bisher noch nicht mitgeteilt)

z.B. Behinderung des Kindes / Unverträglichkeiten / Allergien / Diabetes / besondere Verhaltensweisen etc.

Bitte alles angeben, worauf die Betreuer\*innen besonders achten müssen.

---

---

---

---

---

---

### In welchem Jahr wurde Ihr Kind zuletzt geimpft?

Bitte Kopie des Impfpasses mitgeben!

Gegen Tetanus, Diphtherie\_\_\_\_\_

Masern, Mumps, Röteln:\_\_\_\_\_

Zeckenbisse: \_\_\_\_\_

Zeckenentfernung durch Betreuer\*in ☐ Arzt/Ärztin ☐

### Abholerlaubnis

Das Kind darf neben den Erziehungsberechtigten von folgenden, weiteren Personen abgeholt werden:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis zum Kind: \_\_\_\_\_

### Sonstiges

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

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Kind ggf. altersgemäße Aktivitäten auch ohne Aufsicht, jedoch nach Erlaubnis durch die Leitung, eigenständig und in kleinen Gruppen unternehmen darf.

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

**Neu:** Das Tragen von Schuhen im gesamten Außenbereich der Unterkunft wird dringend empfohlen, um Verletzungen, Insektenstichen etc. vorzubeugen. Genauso wird das Tragen von Badeschuhen bei Benutzung des Wasserzugangs auf dem Jugendfreizeitgelände Rücklenmühle dringend empfohlen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Kind in Ausnahmefällen (z.B. bei kleineren Verletzungen, die keinen Rettungsdienst erfordern) mit einem für die Ferienmaßnahme versicherten Auto von einer/einem Betreuer\*in mit gültiger Fahrerlaubnis transportiert werden darf (z.B. zum Arzt).

### 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 (<https://www.kjr-augsburg.de/ferienprogramm/#teilnahmebedingungen>)

Datum

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten