



## Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich / erklären wir uns einverstanden, dass ich / mein / unser Kind an dem Ausflug des Jugendzentrums Kronberg in den Herbstferien 2025 teilnimmt.  
(Die Unterschrift einer sorgeberechtigten Person genügt.)

Vorwort:

Seitens der durchführenden Begleitpersonen wird an allen Tagen (außer Frühstück am 14.10.2025) für Halbpension gesorgt (Frühstück + eine weitere Mahlzeit pro Tag). Für die gegebenen Falls notwendige weitere Verpflegung ist entsprechend ausreichend Taschengeld mitzugeben.

14.10.2025 Treffen um 10 Uhr am Bahnhof Kronberg Süd  
Abfahrt nach **Düsseldorf** und freie Zeit in „Little Tokyo“

Übernachtung in der Jugendherberge Duisburg

15.10.2025 nach dem Frühstück: Zeit im **Landschafts- und Industriepark Duisburg**  
15 - 17:30 Uhr: **Eloria** (Erlebnisse und Geheimnisse im Berlin der 1920er)

Übernachtung in der Jugendherberge Duisburg

16.10.2025 **Movie Park Germany**

Übernachtung im ibis Styles Hotel in Gelsenkirchen

17.10.2025 **Movie Park Germany**, mit der Bahn um 21:44 Uhr zurück in Kronberg Süd

### Teilnehmende Person:

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Alter (Fahrzeitraum)

\_\_\_\_\_  
Handynummer

### Sorgeberechtigte Person/en:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Sorgeberechtigte Person I)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (auch für den Notfall)

\_\_\_\_\_  
Emailadresse



\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Sorgeberechtigte Person II)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (auch für den Notfall)

\_\_\_\_\_  
Emailadresse

**Für den Fall meiner/unserer Abwesenheit benenne ich folgende Ansprechperson:**

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

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

**Gesundheitsrelevantes:**

Ich / Wir sind damit einverstanden, dass gegebenenfalls notwendige Erste Hilfe Maßnahmen ja durchgeführt werden.

Die teilnehmende Person ist bei der folgenden Krankenkasse versichert: \_\_\_\_\_

Die teilnehmende Person ist privat versichert und die durch Behandlungen ja / nein entstehenden Kosten werden von den / der sorgeberechtigten Person/en übernommen.

Die teilnehmende Person ist gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) geimpft ja / nein

Und zwar am: \_\_\_\_\_

Für den Umgang und die Betreuung der teilnehmenden Person gebe ich verpflichtend folgende Hinweise zu etwaiger Medikamenteneinnahme, erhöhter Anforderung an die Aufsichtspflicht oder sonstiges:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die teilnehmende Person hat folgende Krankheiten, Besonderheiten, Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Programmrelevantes:**

Ich / Wir erklären ausdrücklich, dass die teilnehmende Person,

alleine unterwegs sein darf

an allen Tagen

ja

in „Little Tokyo“

ja

im Landschafts- und Industriepark

ja

im Moviepark

ja

in Dreiergruppen unterwegs sein darf

an allen Tagen

ja

in „Little Tokio“

ja

im Landschafts- und Industriepark

ja

im Moviepark

ja

die (altersgemäßen) Angebote wahrnehmen darf

an allen Tagen

ja

in „Little Tokio“

ja

im Landschafts- und Industriepark

ja

im Moviepark

ja

ausreichend Geld für die weitere Versorgung (Essen und Trinken) vor Ort dabei hat.

ja

in Begleitung der Jugendzentrumsmitarbeitenden auch nach 22 Uhr unterwegs sein darf.  
(Der Moviepark schließt erst um 22 Uhr und vielleicht wird das ausgereizt.)

ja

**Allgemeines:**

Ich / Wir sind damit einverstanden, dass die Begleitpersonen Aufsichtspflichten wahrnehmen, erforderliche Entscheidungen treffen und schadenabwendende oder -mindernde Maßnahmen einleiten dürfen.

ja

Mir / Uns ist bekannt, dass den Teilnehmenden der Verzehr alkoholischer Getränke und anderer Drogen untersagt ist.

ja

Bei wiederholtem bzw. einem schwerwiegenden Verstoß gegen die Anordnungen der Aufsichtspersonen oder einem sonstigen wichtigen Grund verpflichte ich mich /wir uns die teilnehmende Person auf eigene Kosten unverzüglich abzuholen, für einen zeitnahen Rücktransport zu sorgen oder die anfallenden Ausgaben für eine, gegebenenfalls begleitete Rückführung, zu übernehmen.

ja

Ich / Wir erklären uns bereit der Stadt Kronberg im Taunus den Schaden zu erstatten, der der Stadt Kronberg im Taunus dadurch entsteht, dass die teilnehmende Person einen Dritten mut- bzw. böswillig schädigt.

ja

Ich / Wir sind einverstanden, dass für von der teilnehmenden Person verursachte Schäden (sowohl absichtliche als auch unabsichtliche) Haftung übernommen wird.

ja



Haftpflichtversicherung (falls vorhanden)

Eine Haftung der Stadt Kronberg im Taunus und seiner Aufsichtsperson(en) gegenüber den Teilnehmenden und den gesetzlichen Vertretern ist ausgeschlossen, sofern nicht eine grob fahrlässige oder vorsätzliche Pflichtverletzung Ursache der Schäden ist. Der Haftungsausschluss greift nicht bei der Verletzung von Leben, Körper und Gesundheit.

Sonstige Bemerkungen bitte auf der Rückseite notieren.

### 1. Unterschrift (Einverständniserklärung)

Ich / Wir bestätigen, dass diese Einverständniserklärung aufmerksam gelesen und mit der teilnehmenden Person besprochen wurde, und dass die von uns gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. **Der Einverständniserklärung wird vorbehaltlos zugestimmt.**

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift sorgeberechtigte Person I

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift sorgeberechtigte Person II

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift teilnehmende Person

### 2. Unterschrift (Allg. Anmelde- und Teilnahmebedingungen)

Die allgemeinen Anmelde- und Teilnahmebedingungen der Stadt Kronberg im Taunus habe ich sorgfältig gelesen und bin damit einverstanden. Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen teile ich unverzüglich mit.

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift sorgeberechtigte Person I

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift sorgeberechtigte Person II

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift teilnehmende Person