Anmeldung & Einverständnis - Erklärung

**Mein Kind darf vom 20.08.2015 bis 23.08.2015 mit am Sommerlager der Jugend-feuerwehren der Stadt Oschersleben im Kiez Inselparadies 14542 Werder /Petzow (www.kiez-inselparadies.de) teilnehmen.**

Die Erziehungsberechtigten sind für die Dauer der Freizeit zu erreichen.

## Angaben meines Kindes: - Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **- Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**- Geb.- Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **- PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**- Straße, Haus Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**- Telefon Nr (auch Handy).: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**- Hausarzt (mit Telefon): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**- Anschrift des Hausarzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**- Krankenkasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(Krankenkarte bitte unbedingt mitgeben)*

 **- Versicherungs- Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**- Haftpflichtversichert bei: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **- Mitglied der JF (Name der JF) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Mein Kind ( Zutreffendes bitte ankreuzen):**

 **ist geprüfter Schwimmer: Ja Nein**

**darf baden: Ja Nein**

**darf an Wanderungen und Radwanderungen\* teilnehmen: Ja Nein**

**darf im Falle eines Unfalls gebe ich hiermit mein Einverständnis Ja Nein**

**für eine Notoperation:**

**darf im Falle eines Krankheitsfall behandelt werden: Ja Nein**

**trägt seine Versicherungskarte bei sich Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: Ja Nein**

**benötigt folgende Medikamente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ja Nein**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Notwendige Medikamente werden dem Jugendfeuerwehrwart mit Beipackzettel ausgehändigt und der JFW wird über Anwendung und Dosierung informiert. Zur besonderen Beachtung:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**In der Familie sind in den letzen sechs Wochen ansteckende**

**Krankheiten aufgetreten. Wenn ja welche? Ja Nein**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\*nicht zutreffendes streichen

Ich erkläre, dass mein Kind frei von Ansteckenden Krankheiten ist und nach Rücksprache mit dem Hausarzt keine Bedenken gegen die Teilnahme besteht.

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

(Name, Anschrift, Telefon)

**Gesetzlicher Vertreter/in - Name & Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Erklärender (Eltern):**

 **- Tel. (evt. auch Handy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **- Krankenkasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **- Beruf /Arbeitgeber: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **- ggf. abweichende \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Anschrift für die Zeit der Fahrt**

**Ich (Wir) sind damit einverstanden das mein (unser) Kind im Krankfall**

**In ärztliche Behandlung gegeben wird. Ja Nein**

Für die Dauer der Freizeit lege ich es in das Ermessen des behandelnden Arztes und der Freizeitleitung. Ob meinen Tochter/ mein Sohn geimpft oder operiert werden kann. Falls eine Rücksprache mit den Erziehungsberechtigten möglich ist, wird dies in jedem Fall geschehen.

# Über den Ablauf (siehe evt. Anlagen) wurde ich unterrichtet und erkläre, dass mein Kind an der Veranstaltung und den dazugehörigen Einzelmaßnahmen, teilnehmen kann außer:

**1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**evtl. Begründung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Mir ist bekannt, dass ich für Schäden, die durch Verstöße gegen die Anordnung des Betreuers auftreten, haften muss. Darüber hinaus ist mir bekannt, dass bei groben Widersetzlichkeit, Unkameradschaftlich, Ungehorsam oder Zuwiderhandlungen meines Kindes die Kosten einer vorzeitigen Heimfahrt von mir übernommen werden müssen. Die Aufsichtspflicht erlischt, wenn mein Kind einer Anordnung der Betreuer zuwider handelt oder sich unberechtigt von der Veranstaltung entfernt.

**Für Übernachtung und Verpflegung ist ein Unkostenbeitrag von 5,--€ bei Abgabe dieser Anmeldung zu bezahlen.**

Bei einem Rücktritt von der Teilnahme, egal aus welchen Gründen, ist ein Ausfallbetrag in der Höhe von max. 100% des Reisepreises zu zahlen. Das hängt von der Deckung der für die Vorbereitung/Bestellung entstandenen Kosten zusammen. Nachweis wird auf Wunsch erstellt.

Für mitgebrachte Wertgegenstände, dazu gehören auch elektronische Geräte (wie Handy), wird keine Haftung übernommen.

Mir ist bekannt, dass den Teilnehmern stundenweise Freizeit (ohne Aufsicht, z. Stadtbummel usw.) gegeben wird. Während dieser Freizeit wird keine Aufsichtspflicht übernommen.

Die Benutzungsbedingungen und Hausordnung für das Kiez Inselparadies sind einzuhalten. Liegt als Anlage dieser Anmeldung bei.

Ausschluss von Rechtsmitteln gegenüber aufsichtsführenden Personen bei nachfolgender Schwangerschaft.

### Anmerkung des Betreuers: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Wünsche, besonders gesundheitlicher oder erzieherischer Art bitte auf der Rückseite vermerken.**

**Mit (Uns) ist der Inhalt des Informationsblattes bekannt.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ort Datum Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten**