

Vorname und Name (Teilnehmer)	<input type="text"/>
Vorname und Name des Personensorgeberechtigten:	<input type="text"/>
Krankenversichert bei welcher Krankenkasse	<input type="text"/>
Versicherungsnummer	<input type="text"/>
Versichert über (Name der/des Familienangehörigen)	<input type="text"/>

Impfungen:

Geimpft gegen Tetanus/Wundstarrkrampf?

- Ja, letztes Impfdatum
- Nein

Geimpft gegen FSME (Zeckenbiss)?

- Ja, letztes Impfdatum
- Nein

Ich bin damit einverstanden, dass ein Mitarbeiter eine Zecke bei meiner Tochter/meinem Sohn entfernen darf. Ist „nein“ angekreuzt, dann werden die Eltern umgehend informiert. In diesem Fall erfolgt die ärztliche Vorstellung entweder durch die Mitarbeitenden oder durch die Eltern selbst, die ihr Kind hierzu abholen bzw. begleiten.

- Ja
- Nein

Medikamente

Verschreibungspflichtige Medikamente dürfen grundsätzlich nur auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung eingenommen werden. Sollte Ihre Tochter/Ihr Sohn während der Veranstaltung Medikamente einnehmen müssen, informieren Sie uns bitte im Voraus umfassend darüber. Wenn wir die Einnahme eines Medikaments aus besonderen Gründen sicherstellen sollen (z. B. zur Einhaltung der Dosierung oder aus organisatorischen Gründen), benötigen wir hierzu eine schriftliche Beauftragung Ihrerseits sowie alle notwendigen Informationen zur Anwendung.

Verabreichung rezeptfreier Medikamente durch die Mitarbeitenden

Bei Bedarf können wir Ihrer Tochter/Ihrem Sohn nach Ihrer ausdrücklichen Zustimmung rezeptfreie Medikamente (z. B. gegen Kopf- oder Halsschmerzen, sowie Wund- oder Stichsalben) verabreichen. Bei stärkeren Beschwerden oder gesundheitlichen Problemen nehmen wir in jedem Fall Kontakt mit Ihnen auf oder ziehen gegebenenfalls einen Arzt hinzu.

Sofern keine Zustimmung zur Verabreichung rezeptfreier Medikamente vorliegt, kann es erforderlich sein, dass wir Ihr Kind auch bei kleineren Beschwerden oder Verletzungen (z. B. Insektenstichen) durch einen Arzt behandeln lassen oder Sie bitten, Ihr Kind selbst ärztlich vorzustellen.

Ich stimme der Verabreichung von **rezeptfreien** Medikamenten zu:

- Ja
- Nein

Informationen und Einwilligungen

Meine Tochter/mein Sohn und wir haben die vorliegenden Informationen sowie die Angaben aus der Anmeldung über die Webseite zur Kenntnis genommen. Mit der Unterschrift bestätigt/bestätigen der/die Sorgeberechtigte/n, dass die Inhalte akzeptiert werden und alle gemachten Angaben – sowohl hier als auch in der Anmeldung – vollständig und wahrheitsgemäß sind.

Unterzeichne ich alleine, bestätige ich zugleich, dass ich allein sorgeberechtigt bin oder vom anderen Sorgeberechtigten zur Abgabe dieser Erklärungen bevollmächtigt wurde und in dessen Wissen und Einverständnis handle.

Ich versichere zudem, dass mein Kind an keiner ansteckenden oder übertragbaren Krankheit leidet und den allgemeinen körperlichen Anforderungen der Veranstaltung, wie z. B. Wanderungen oder vergleichbaren Aktivitäten, gewachsen ist.

Mein Sohn / meine Tochter darf am Schwimmen teilnehmen / nicht teilnehmen

Mein Sohn / meine Tochter kann schwimmen / kann nicht schwimmen

Hiermit willige ich ein, dass EventCamp meine personenbezogenen Daten im Rahmen der geltenden Datenschutzbestimmungen speichert und verarbeitet:

Ja / Nein

Hiermit bestätige ich, dass ich die Freizeitbedingungen des EventCamps anerkenne und versichere, dass mein Kind den Anweisungen der Campleitung und der Mitarbeitenden Folge leisten wird.

Mir ist bekannt und ich stimme zu, dass im Rahmen der Veranstaltung Fotos und Videos zu Informations- und Werbezwecken (z. B. auf der Homepage der Gemeinden und des Camps sowie in sozialen Medien) verwendet werden dürfen. Ein Widerspruch ist schriftlich möglich.

Das EventCamp übernimmt keine Haftung für mitgebrachte Wertgegenstände.

Im Camp gilt ein absolutes Alkohol-, Rauch- und Drogenverbot.

Mädchen und Jungs schlafen in getrennten Zelten.

Wenn mein Kind den Anweisungen nicht folge leistet, wird mein Kind unverzüglich auf eigene Kosten von mir/uns abgeholt. Dies gilt auch, wenn das Kind an einer ansteckenden Krankheit leidet, die die weitere Durchführung des Camps für die anderen Kinder gefährdet.

Sollte mein Kind den Anweisungen der Leitung/Mitarbeitenden nicht nachkommen oder gegen die Campregeln verstoßen, verpflichte ich mich, mein Kind auf Aufforderung unverzüglich und auf eigene Kosten abzuholen. Dies gilt ebenfalls, wenn mein Kind an einer ansteckenden Krankheit leidet, die die Gesundheit anderer Teilnehmender gefährden könnte.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind bei gesundheitlichen Problemen (z. B. Zeckenbiss) bei Bedarf von den Mitarbeitenden zu einem Arzt gebracht wird bzw. ich informiert werde und die ärztliche Versorgung sicherstelle.

.....

Ort, Datum, Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten (inkl. Vor- und Nachname in Druckschrift)