

Die folgenden Angaben sollen den Leiterinnen und Leitern als Handreichung und Hilfe zum schnellen und richtigen Handeln dienen und damit eine optimale Versorgung während der Veranstaltung ermöglichen. **Daher bitten wir um das sorgfältige Ausfüllen dieses Fragebogens.** Bitte Zutreffendes ankreuzen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.



| Veranstaltung                         | Datum der Veranstaltung |
|---------------------------------------|-------------------------|
| <b>72-Stunden – Hl. Geist Vellmar</b> | <b>23.-26. Mai 2019</b> |



| Veranstaltungszeiten am Gemeindezentrum Hl. Geist |  |   |            |
|---|--|---|------------|
| Do, 23.05.  | Fr, 24.05.   | Sa, 25.05.  | So, 26.05. |
| 17.00 bis<br>21.30 Uhr                            | 09.30 Uhr bis<br>17.30 Uhr (bis 12 Jahre)<br>21.30 Uhr (ab 12 Jahre) | 09.30 Uhr<br>mit Übernachtung<br>im Gemeindezentrum | bis 17 Uhr |

| Angaben zum/zur Teilnehmer/in                                       |          |
|---|----------|
| Gruppe:   |          |
| Name:   | Vorname: |
| Strasse:  | Telefon: |
| PLZ:  | Wohnort: |
| Geburtsdatum:   | Alter:   |
| mobil:  | E-mail:  |
| <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |          |
| <b>Wer ist im Notfall telefonisch erreichbar?</b>                   |          |
| Name:   | Adresse: |
| Vorname:  |          |
| !! Telefon:   | mobil:   |

| Medikamente/Erkrankungen/Einschränkungen   |
|--|
| Leidet der/die Teilnehmer/in an Erkrankungen (z. B. des Kreislaufs, der Atemwege, ...) |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                              |
| Bezeichnung der Erkrankung:  |
|  |
| Genaue Beschreibung:   |
|  |
|  |
| Regelmäßige Einnahme von Medikamenten:   |
|  |

|   |   |
|---|---|
| Bestehen ärztlich nachgewiesene Allergien, Nahrungsmittel- od. Medikamentenunverträglichkeiten: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche   |   |
|   |   |

### Als Sorgeberechtigte/r erlaube ich ...

..., dass mein Sohn/ meine Tochter nach einer Einweisung in mögliche Gefahrenpunkte sich frei, ohne Aufsicht, am Zielort und seiner Umgebung bewegen darf (in der Regel in Gruppen von drei und mehr Personen).  ja  nein



### Erklärung der/des Sorgeberechtigten:

Ich nehme zur Kenntnis, dass...

... die Leitung im Notfall, in dem die besondere Zustimmung der Eltern nicht rechtzeitig eingeholt werden kann und der Arzt schnelles Handeln für erforderlich hält, über Durchführung eines dringenden ärztlichen Eingriffes stellvertretend für die Eltern entscheidet. (nur bei Minderjährigen)

... die Übernachtung geschlechtsgetrennt erfolgt.

... die Betreuer/innen an die rechtlichen Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes gebunden sind. Dieses gestattet z. B. nicht das Rauchen oder Trinken von Alkohol für Jugendliche unter 18 Jahren, so dass es in keinem Fall geduldet werden kann.

... die Betreuer/innen aus aufsichts- und fürsorgerechtlichen Gründen gegenüber den Teilnehmer/innen ein Weisungsrecht haben. Bei wiederholtem groben Verstoß gegen Anweisungen der Betreuer/innen (dies gilt auch für das Rauchen und Trinken von Alkohol) und bei Gefährdung von anderen Teilnehmer/innen, kann der/die TeilnehmerIn/ auf eigene Kosten nach Hause geschickt werden. Zuvor wird eine telefonische Absprache mit dem Personensorgeberechtigten stattfinden.

Mit der Unterschrift erkläre ich mich bezüglich der Speicherung meiner Daten zu Verwaltungszwecken einverstanden.

Die Rückmeldung habe ich deutlich und ordnungsgemäß ausgefüllt. Die genannten Bedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und willige ein.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/in

Unterschrift  
Personensorgeberechtigte/r

