Freizeitpass 2027

*Bitte gebt diesen Bogen bis zum **01.06.2027** ausgefüllt und unterschrieben in der Gruppenstunde oder bei den unten aufgeführten Adressen ab.*

Kontaktdaten eines/einer Erziehungsberechtigten oder einer Kontaktperson während der Freizeit

Name: _____

Telefon- /Handynummer, unter der die Person im Notfall zu erreichen ist:

_____

Kontaktdaten der Hausärztin/des Hausarztes

Name: _____

Telefonnummer: _____

Adresse: _____

Krankenversicherung und Impfung

Versicherung: _____

Versicherungskarte notwendig: □ Ja □ Nein

Wichtig: Bitte geben Sie die Krankenversichertenkarte und den Impfpass am Abfahrtstag beim Leitungsteam ab.

Informationen

Mein Kind hat folgende Erkrankungen/Beeinträchtigungen:

_____

_____

Mein Kind hat folgende Allergien und Lebensmittelallergien (Bitte schreiben Sie auch die Stärke der Allergie dazu, damit wir uns im Notfall darauf einstellen können.)

_____

_____

Beim Essen ist bei meinem Kind darüber hinaus auf folgendes zu achten (z.B. vegetarisch):

_____

Mein Kind muss folgende Medikamente einnehmen:

_____

Wichtig: Wir dürfen Ihrem Kind auf der Freizeit keine Medikamente verabreichen, außer eine erziehungsberechtigte Person spricht dies mit uns vor oder während der Freizeit ab. Bitte kommen Sie vor der Freizeit auf uns zu.

Umgang mit Zecken, Kopfschmerzen und Verletzungen

Zeckenbiss: Wir entfernen auf mechanische Art und Weise (entweder mit einer Zeckenzange oder einer Zeckenkarte) die Zecke. Danach wird die Stelle markiert und beobachtet. Bei Auffälligkeiten wird sofort ein Arzt aufgesucht.

Kopfschmerzen: Bei starken Kopfschmerzen verabreichen wir auf Wunsch und mit Ihrer Zustimmung Ibuprofen oder Paracetamol.

Verletzungen: Kleinere Verletzungen werden von uns nach den Regeln der ersten Hilfe versorgt (Desinfektion, Wundverband), Insektenstiche mit Fenistil. Bei größeren Verletzungen werden Sie informiert, bzw. in dringenden Fällen ein Arzt oder Krankenhaus aufgesucht.

☐ Ich stimme dem Umgang mit Zecken, Verletzungen und Kopfschmerzen wie oben beschrieben zu

☐ Eventuelle Krankheitskosten meines Kindes bitte ich zu bezahlen. Die Auslagen werden von mir erstattet. Rechnungen und Quittungen zur Vorlage bei der Krankenkasse bitte ich mir zuzusenden.

☐**Ich stimme nicht zu**, **sondern verlange folgende** Behandlung (beispielsweise aufgrund einer Allergie gegen eines der genannten Medikamente):

_____

Rund ums Wasser

Wenn das Wetter es zulässt, werden wir während der Freizeit einmal gemeinsam ins Schwimmbad fahren. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

□ Mein Kind kann schwimmen.

□ Mein Kind kann nicht schwimmen.

□ Mein Kind darf im Schwimmbad (unter Aufsicht) ins Wasser.

□ Mein Kind darf im Schwimmbad nicht ins Wasser.

Fotos

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos von meinem Kind gemacht und diese Fotos den übrigen TeilnehmerInnen und ihren Familien eventuell zur Verfügung gestellt werden.

□ Ja □ Nein

Ich bin darüber hinaus einverstanden damit, dass Fotos von der Freizeit auf denen mein Kind mit anderen Kindern zusammen zu sehen ist, im Pfarrblatt der Kirchengemeinde sowie auf der Instagram-Seite unserer Jugend veröffentlicht werden. Wir veröffentlichen dabei keine Namen und keine Fotos, auf denen einzelne Kinder im Vordergrund stehen.

□ Ja □ Nein

Prisca Walter
Wiesenstraße 7a
76706 Dettenheim

prisca.walter@web.de

… oder einfach in der Gruppenstunde der Ministranten :)

_____,den _____

Ort *Datum, Unterschrift einer/eines Erziehungsberechtigten*