

Freizeitpass *Bitte sorgfältig, leserlich und vollständig ausfüllen!*

Krankenkassenkarte, Impfpass und weitere Informationen in den Umschlag stecken und Umschlag bei Anmeldung vor Ort abgeben.



Prot. Jugendzentrale Donnersberg

Standort Kirchheimbolanden

Liebfrauenstraße 7, 67292 Kirchheimbolanden

Tel.: 06352 / 706650 - Mobil: 0176 / 160467610

eMail: juz.kirchheimbolanden@evkirchepfalz.de

www.juz-kirchheimbolanden.de

Freizeit

vom - bis

Daten der*des Teilnehmenden

Name Straße Geburtsdatum

Vorname PLZ, Ort Geschlecht

Daten der erziehungsberechtigten Person(en)

Name Straße Geburtsdatum

Vorname PLZ, Ort Telefon

Krankenkasse mit genauer Anschrift

Im Notfall benachrichtigen:

Name, Vorname

Anschrift

Telefon / Handy

Ihr Hausarzt

Name

Anschrift

Telefon

Inhalt (bitte ankreuzen):

- Impfpass
- Krankenkassenkarte
- Medikamenteninfos
- Medikamente
- Taschengeld _____ €
- _____

Medikamentenhinweis (alle Angaben werden vertraulich behandelt):

Hiermit erkläre ich / erklären wir, dass mein*e / unser*e Sohn*Tochter laut ärztlicher Anordnung täglich folgende Medikamente einnehmen muss:

Medikament:

Einnahmehinweise:

z.B. morgens, zum Essen, Menge

Medikament:

Einnahmehinweise:

z.B. morgens, zum Essen, Menge

Die Medikamente sollen Selbstständig eingenommen werden von einem*einer Mitarbeiter*in verabreicht werden

Medizinische Risikofaktoren (Allergiene, Behinderungen, Beeinträchtigungen, (ansteckende) Krankheiten etc.;; weitere Informationen bitte auf einem extra Zettel in das Kuvert stecken **und umseitig auf der Inhaltsliste vermerken**):

Ort, Datum

Unterschrift der erziehungsberechtigten Person(en)

Verabreichung rezeptfreier Medikamente durch die Mitarbeitenden der Freizeit – Entfernung von Zecken

Bei Bedarf können wir Ihrer*m Tochter*Sohn rezeptfreie Medikamente wie Kopfschmerztabletten, Halstabletten, Stich- bzw. Sonnenbrandsalben verabreichen oder eine Zecke entfernen, bedürfen hierzu aber Ihrer ausdrücklichen Zustimmung. **Hinweis:** Bei größeren Problemen nehmen wir in jedem Fall Kontakt mit Ihnen und einem*einer Ärzt*in auf. Wenn Sie uns keine Zustimmung geben, müssen wir ihre*n Tochter*Sohn bei jeder Verletzung (z.B. Wespenstich) zur*zum Ärzt*in bringen.

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

nein

ja

Ich stimme **der Entfernung von Zecken** zu:

nein

ja

Ort, Datum

Unterschrift der erziehungsberechtigten Person(en)