

# Freizeitpass

*Bitte sorgfältig und in Druckbuchstaben ausfüllen*

Impfausweis, Krankenkarte, und zusätzliche Informationen in den Umschlag stecken und bei der Anmeldung einem Mitarbeiter übergeben.



**Prot. Jugendzentrale Donnersberg**  
im Dietrich-Bonhoeffer-Haus  
Liebfrauenstraße 7  
67292 Kirchheimbolanden

Freizeitzeit nach vom bis

Name des/der Teilnehmenden

Name Straße Geburtsdatum  
Vorname PLZ, Ort

Personalien des/der Erziehungsberechtigten

Sofern der/die Name/n des/der Erziehungsberechtigten nicht mit dem/denen des Pflichtversicherten übereinstimmen, bitte unbedingt die entsprechenden Angaben auf einem gesonderten Blatt beilegen und auf der Inhaltsliste vermerken.

Name Straße Geburtsdatum  
Vorname PLZ, Ort Telefon

Krankenkasse mit genauer Anschrift

**Im Notfall bitte benachrichtigen:**

.....  
Name, Vorname

.....  
Anschrift (ggf. Urlaubsanschrift)

.....  
Telefon + ggf. Handy

**Ihr Hausarzt:**

.....  
Name

.....  
Anschrift

.....  
Telefon

**Inhaltsliste (bitte ankreuzen):**

- Schwimmabzeichen
- Impfausweis
- Krankenkarte
- Medikamentenliste
- Taschengeld \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Badeerlaubnis:**

Unser/mein Sohn / unsere/meine Tochter ..... ist  Schwimmer/in (mit Pass)  Nichtschwimmer/in

Als Erziehungsberechtigte/r genehmige/n ich/wir, dass unser/mein Sohn / unsere/meine Tochter an Schwimmveranstaltungen unter Aufsicht der Gruppenleitung teilnehmen darf.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

**Medikamentenhinweis:** (alle nachfolgenden Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!)

Hiermit erkläre/n ich/wir, das unser Sohn / unsere Tochter laut ärztlicher Anordnung täglich folgende Medikamente einnehmen muss:

Medikament: ..... Einnahmehinweis: .....  
(z.B. : morgens, mittags, ...., vor/nach der Mahlzeit)

Medikament: ..... Einnahmehinweis: .....  
(z.B. : morgens, mittags, ...., vor/nach der Mahlzeit)

nimmt mein Sohn/meine Tochter selbstständig ein

soll von einem Mitarbeiter/einer Mitarbeiterin verabreicht werden

Medizinische Risikofaktoren:- .....  
(z.B. Medikamentenallergie, Blutgerinnungsstörungen, besondere Blutgruppe, etc.)

und/oder an folgenden ansteckenden bzw. nichtansteckenden Krankheiten bzw. folgenden Behinderungen leidet (auch z.B. Allergien, Schlafwandeln, Bettnässen, etc.; weitere Informationen bitte auf einem extra Zettel in das Kuvert stecken und umseitig auf der Inhaltsliste vermerken):

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

**Verabreichung rezeptfreier Medikamente durch die Mitarbeiterinnen, bzw. Mitarbeiter der Freizeit – Entfernung von Zecken**

Bei Bedarf können wir Ihrer Tochter/Ihrem 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 einer Ärztin/einem Arzt vor Ort auf. Wenn Sie uns keine Zustimmung geben, müssen wir ihre Tochter/Ihren Sohn bei jeder Verletzung (z.B. Wespenstich) zur Ärztin/zum Arzt bringen.

Ich stimme der Verabreichung von rezeptfreien Medikamenten zu:  nein  ja

Ich stimme der Entfernung von Zecken zu:  nein  ja

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten: .....