

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):

- Schwimmbadbescheinigung
- 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, dass 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: _____