

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

Freizeit

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 _____

☐ _____

Einverständniserklärung Corona-Schnelltest:

Ich bin einverstanden, dass unser/mein Sohn / unsere/meine Tochter an den Coronatestungen während der Freizeit teilnimmt. Ich weiß, dass die Teilnahme an den Testungen freiwillig ist und meine Zustimmung jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden kann.

Ich wurde darüber informiert, dass die im Rahmen der Testung erhobenen Daten streng vertraulich behandelt werden.

.....
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/einer Mitarbeiter*in 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:.....