

# 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](mailto:juz.kirchheimbolanden@evkirchepfalz.de)

[www.juz-kirchheimbolanden.de](http://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)**