TEILNEHMENDENBOGEN

Kreisjugendring Deggendorf

Halten Sie bitte den leserlich **beschrifteten Briefumschlag** bereit, in dem der **ausgefüllte Teilnehmendenbogen**, die **Krankenkassenkarte und ggf. Medikamente** + Einnahmehinweis Ihres Kindes und ein **kleines Taschengeld** enthalten sind. Auch das **Gepäck** bitte **leserlich beschriften!**
Vielen Dank!

Name Teilnehmer:in: _____

Adresse Teilnehmer:in: _____

Geburtsdatum Teilnehmer:in: _____

Mein Kind ist gegen Zecken geimpft: ❍ ja ❍ nein

Mein Kind hat folgende gesundheitliche Besonderheiten/ Einschränkungen/ Allergien/ chronische/ psychische Krankheiten/ körperliche Beeinträchtigungen: (Bsp.: Bettnässen, Nussallergie, Diabetes, ADHS, panische Angst vor Gewitter, Asthma, …)

_____

_____

Mein Kind muss (regelmäßig) Medikamente einnehmen: ❍ ja ❍ nein
(auch Notfallmedikamente!)
Wenn ja, wann und welche + Einnahmehinweis: _____

_____

❍ **Medikamente am Check-In abgegeben** ❍ **Kind hat Medikamente selbst einstecken**

Mein Kind hat folgende Essgewohnheiten (vegan, vegetarisch, etc.) bzw. folgende Lebensmittelunverträglichkeiten (z. B. Lactoseintoleranz): ❍ ja ❍ nein

Wenn ja, welche: _____

Ich bin damit einverstanden, dass kleinere **Schürfwunden** meines Kindes mit **Desinfektionsmittel** und **Pflaster** durch eine:n Betreuer:in der Maßnahme (mit Erste-Hilfe-Ausbildung) behandelt werden dürfen: ❍ ja ❍ nein
Ich bin damit einverstanden, dass **Spreißel** meines Kindes durch eine:n Betreuer:in der Maßnahme (mit Erste-Hilfe-Ausbildung) **entfernt** werden dürfen: ❍ ja ❍ nein
Ich bin damit einverstanden, dass **Zecken** meines Kindes durch eine:n Betreuer:in der Maßnahme (mit Erste-Hilfe-Ausbildung) **entfernt** werden dürfen: ❍ ja ❍ nein
Im **Notfall** (bei behandlungsbedürftigen, nicht lebensbedrohlichen Verletzungen, Insektenstichen, etc.) kann mein Kind von dem Betreuenden-Team zu einem Arzt/ einer Ärztin gefahren werden: ❍ ja ❍ nein
Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind unter Aufsicht an **Outdoor-Aktivitäten** teilnehmen darf (Durchführung abhängig von der Freizeitenplanung), z. B. Nachtwanderungen, Wanderungen, Sommerrodelbahn, Stadtbesichtigungen etc. ❍ ja ❍ nein
Die **Krankenkassenkarte** meines Kindes liegt bei: ❍ ja ❍ nein ❍ privat versichert bei: _____

Platz für persönliche Bemerkungen:

Digitale Aufnahmen während der Freizeit

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen der Aktion/ Freizeit **Bilder und/ oder Videos/ Filme** von den Teilnehmenden gemacht werden und zur Veröffentlichung ***(selbstverständlich anonym!)*** genutzt werden dürfen und zu diesem Zwecke auch abgespeichert werden dürfen.

❍ Ja.

❍ Nein.

Die Fotos und/ oder Videos/ Filme dienen ausschließlich der Öffentlichkeits- und/ oder Elternarbeit des Veranstalters. Diese Einverständniserklärung ist freiwillig und kann gegenüber dem Veranstalter jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Sind die Aufnahmen im Internet verfügbar, erfolgt die Entfernung soweit dies dem Veranstalter möglich ist. Ich bin mir darüber im Klaren, dass Fotos und/ oder Videos im Internet von beliebigen Personen abgerufen werden können. Es kann trotz aller technischen Vorkehrungen nicht ausgeschlossen werden, dass solche Personen die Fotos und/ oder Videos weiterverwenden oder an andere Personen weitergeben. Zudem kann trotz aller Vorkehrungen nicht ausgeschlossen werden, dass andere Teilnehmenden Fotos und/ oder Bilder machen und diese nutzen.

Aufsicht und Haftung

Es wird vom Veranstalter eine Haftpflicht- und Unfallversicherung für Ihr Kind abgeschlossen. Der Versicherungsschutz besteht nicht für Schäden, die durch ihr Kind vorsätzlich verursacht werden.

Die teilnehmenden Kinder werden ausreichend von Betreuer:innen beaufsichtigt, sie können aber auch zeitweise ohne Aufsicht sein (z. B. Zeit zur freien Verfügung während der Mittagspause, Stadtbesichtigungen bei Jugendmaßnahmen).

Bei grober Missachtung der vom Betreuendenteam vereinbarten Verhaltensregeln, der Haus- Zeltplatzordnung oder dabei ausgesprochen unsozialem Verhalten gegenüber anderen Kindern, kann der Teilnehmer ohne Kostenrückerstattung nach Hause geschickt werden.

Der/ die Unterzeichnende ist mit Maßnahmen einverstanden, die von Seiten der Ärzt:innen zum Wohl des Kindes für erforderlich gehalten werden, wenn im Einzelfall eine Zustimmung vorher nicht eingeholt werden kann (z.B. Allergien oder Verletzungen). Auch ist der/ die Unterzeichnende darüber in Kenntnis gesetzt, dass während der Maßnahme Pflaster und Desinfektionssprays (z.B. bei Toilettenreinigung) verwendet werden. Wenn nicht, legen Sie bitte einen gesonderten Brief der Anmeldung bei, indem Sie Ausnahmeregelungen (z.B. Bluttransfusionen…) vermerken.

Während der Maßnahme sind die Eltern/ Erziehungsberechtigten unter folgenden Telefonnummern zu erreichen:		
Name	Telefon	Handy
Sollte dort niemand erreichbar sein, bitte an folgende „Ersatz-Person“ wenden:		
Name	Telefon	Handy
Ort, Datum	**Unterschrift** (des Kindes ab 14 Jahre und einer:s Erziehungsberechtigten)	

Ansonsten finden unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen, www.kjr-deggendorf.de, Anwendung.