



# Freizeit-Pass



für 17.08.2015 - 28.08.2015 in der FriedensHERRberge, Ittlingen

**Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen, damit die Verantwortlichen der Freizeit über das Wichtigste informiert sind und keine unliebsamen Überraschungen erleben.  
Die Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.**

## Daten Teilnehmer

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon, Handy, E-Mail: \_\_\_\_\_

Ferienadresse der Erziehungsberechtigten während der Freizeit, falls von der obigen Adresse abweichend:

Name: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon, Handy, E-Mail: \_\_\_\_\_

Wenn kein Telefon vorhanden ist, bitte Telefonnummer von einer geeigneten Person (Nachbarn) angeben, die Sie erreichen können.

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

## Angaben für ärztliche Hilfe

Hat der / die Teilnehmer(in) einen wirksamen Impfschutz gegen Tetanus? \*) Ja  Nein

Hat der / die Teilnehmer(in) einen wirksamen Impfschutz gegen FSME? \*) Ja  Nein

Blutgruppe \*) \_\_\_\_\_ Rhesusfaktor \*) \_\_\_\_\_

\*) Bitte eintragen, falls bekannt; wenn notwendig entsprechende Kopien beilegen.

Falls keine Krankenversichertenkarte vorliegt, werden folgende Angaben benötigt:

Name (Person, über die das Kind versichert ist): \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

## Anschrift des Kinderarztes (zwingend bei Medikamentenausgabe)

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

## Genehmigungen

Der / die Teilnehmer(in) darf in Gruppen von mindestens zwei weiteren Teilnehmer(innen) mit Erlaubnis der Leitung ohne besondere Aufsicht unterwegs sein. Alter und Verantwortungsbewußtsein wird hierbei berücksichtigt.

Der / die Teilnehmer(in) darf an Schwimmveranstaltungen unter Aufsicht der Gruppenleitung teilnehmen. Ja  Nein

Der / die Teilnehmer(in) ist  Freischwimmer(in) mit Pass  Schwimmer(in)  
 Nichtschwimmer(in)

## Besondere Hinweise

Der / die Teilnehmer(in) leidet an folgenden Krankheiten bzw. Behinderungen (z. B. auch Bettnässen, auffälliges Verhalten, usw.):

---

---

---

---

Vegetarier: Ja  Nein  Hinweise: \_\_\_\_\_

Medizinische Risikofaktoren (z. B. Medikamentenallergie, Blutgerinnungsstörungen, usw.)

## Ermächtigung zur Ausgabe von Medikamenten

Hiermit ermächtige/n ich/wir den CVJM Birkenheide-Maxdorf e. V. und dessen Freizeitleiter und Mitarbeiterteam meinem/unserem Kind die auf der folgenden Seite (Medikamentenliste) genannten Medikamente zu den genannten Zeiten und Dosierungen zu verabreichen.

### **Bitte beachten!**

Der Freizeitpass ist vor der Freizeit der Freizeitleitung zuzusenden. Vor Ort werden dann noch eine Kopie des Impfausweises, die Versichertenkarte und die mit dem Namen des Kindes beschrifteten Medikamente eingesammelt.

*Bitte verschweigen Sie keine Einzelheiten, die wichtig sein könnten. Nutzen Sie gegebenenfalls die Innenseite um nähere Angaben zu machen. Die Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften genutzt und behandelt.*

**Ich / Wir bestätigen die Richtigkeit meiner / unserer Angaben, insbesondere der Genehmigungen und der Ermächtigung zur Ausgabe von Medikamenten.**

Ort, Datum, Unterschrift der / des Sorgeberechtigten