A B D C E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

Teilnehmerpass *Freizeitname*

Die Apis – Ev. Gemeinschaftsverband Württemberg e.V.
Aktion Hoffnungsland gGmbH
Furtbachstr. 16
70178 Stuttgart
Tel.: 0711/960010 - Fax: 0711/9600111
Internet: www.die-apis.de / www.api-jugend.de/ www.aktion-hoffnungsland.de

Name & Termin der Veranstaltung:

Freizeit/ Camp
Von bis

.....
Name, Vorname

.....
Straße und Hausnummer

.....
PLZ und Wohnort

T T . M M . J J J J
Geburtstag

Geschlecht:
○ WEIBLICH ○ MÄNNLICH

Telefonnummer & mobil

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,
Sicherheit und Qualität unserer Freizeiten/ Schulungen sind uns sehr wichtig. Die Aufsicht Ihres Kindes wollen wir bestmöglich wahrnehmen. Hierzu benötigen wir einige Informationen und für manche Dinge Ihr Einverständnis. Wir bitten Sie deshalb, diese Informationen vollständig und sorgfältig auszufüllen und ggf. zu ergänzen. Nur Verantwortliche und Verwaltung werden die Daten einsehen. Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Mithilfe.

Erreichbarkeit des/der Sorgeberechtigten während der Veranstaltung

.....
Name, Vorname

.....
Straße und Hausnummer

.....
PLZ/ Ort / ggf. Land

.....
Telefonnummer

.....
Mobilnummer

.....
E-Mailadresse

Infos/Einwilligungen der Eltern/Sorgeberechtigten

- Die Apis/ Aktion Hoffnungsland (AHL) übernehmen keine Haftung für abhanden gekommene, beschädigte Gegenstände, die ihrem Kind oder einem Dritten gehören, es sei denn, dass dem Veranstalter ein Verschulden anzulasten ist.
- Wenn Ihr Kind durch sein Verhalten die Veranstaltung – oder sich und andere – gefährdet oder auch wiederholt den Anweisungen der Mitarbeiter nicht Folge leistet, kann es auf eigene Kosten nach Hause geschickt werden und es besteht kein Anspruch auf Erstattung des geleisteten Teilnehmerbeitrages.
- Während der Veranstaltung werden Fotos/Videos etc. von den Mitarbeitern und ggf. Teilnehmern gemacht, auf denen auch Ihr Kind zu sehen sein kann. Fotomaterial wird gewissenhaft ausgewählt, nur für eigene Zwecke verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie die unbefristete Verwendung von Bildmaterial, auf dem Ihr Kind zu sehen ist. Die Verwendung darüber hinaus ist in den gesetzlich geregelten Fällen zulässig. Sollten Sie einem Bild widersprechen wird der Veranstalter das Bildmaterial zeitnah entfernen. Eine Beseitigung des Bildmaterials auf Bildportalen oder sonstigen digitalen Medien (Facebook, Twitter, Snapchat, ...) wird jedoch nicht vorgenommen, sofern deren Einstellung dort nicht vom Veranstalter vorgenommen oder aktiv veranlasst wurde. Auf eine Vergütung bei der Verwendung des Bildmaterials verzichten Sie hiermit ausdrücklich. Auf Bildmaterial, das von anderen Teilnehmern (evtl. unerlaubt) erstellt wird, haben wir keinen Einfluss.
- Ihr(e) Tochter/ Sohn darf tagsüber ohne Begleitung eines Mitarbeiters, aber in Gruppen von mindestens drei Teilnehmern, unterwegs sein.
- Ihr Kind ist von Ihnen dazu angewiesen worden, den Anordnungen der Verantwortlichen der Veranstaltung Folge zu leisten. Ihnen ist bekannt, dass der Veranstalter für Folgen von selbständigen Unternehmungen und dadurch verursachte Schäden nicht haftet.
- Sie versichern, dass Ihr Kind an keiner ansteckenden Krankheit leidet und frei von Ungeziefer zur Veranstaltung kommt.
- **Wichtige Corona-Hinweise:** Die Beachtung und Einhaltung der Corona-Verordnung mit ihren zum Zeitpunkt der Veranstaltung gültigen Regelungen ist für uns selbstverständlich. Dazu gehören die Abstandsempfehlung (§ 2 CoronaVO), das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes (§ 3 CoronaVO) im öffentlichen Raum sowie die Durchführung von Antigen-Schnelltests vor und während der Freizeitmaßnahme (§ 6 Absatz 3 CoronaVO KJA/JSA).
  Nach § 19 CoronaVO besteht für Personen, die positiv auf Corona getestet wurden oder typische Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus, namentlich Atemnot, neu auftretender Husten, Fieber, Geruchs- oder Geschmacksverlust aufweisen, ein Teilnahmeverbot. Wir versuchen mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln und Maßnahmen eine Infektion zu verhindern, können eine Infektion bzw. Ansteckung aber nicht grundsätzlich ausschließen.

Mein(e) Tochter/Sohn und ich/wir selbst haben diese Informationen zur Kenntnis genommen. Mit der Unterschrift bestätige ich, der Sorgeberechtigte, dass die Informationen akzeptiert werden und alle Angaben richtig und vollständig sind.

Als Alleinunterzeichner bestätige ich gleichzeitig, dass ich das alleinige Sorgerecht habe bzw. vom anderen Sorgeberechtigten mit der Abgabe der entsprechenden Erklärung beauftragt wurde und in dessen Kenntnis und Einverständnis handle.

.....
Datum Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

Hinweis: Der Veranstalter versichert den vertrauensvollen Umgang mit den Informationen dieses Teilnehmerpasses. Die Daten werden nur weitergegeben bei Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen und gegenüber Behörden. Der Teilnehmerpass wird bis zur Verjährung von möglichen rechtlichen Ansprüchen beim Veranstalter unter Beachtung des Datenschutzes archiviert. Nach Ende der Frist wird er sorgfältig vernichtet.

Gesundheitsfürsorge

Krankenversichert bei folgender gesetzlicher ◯ privater **Krankenkasse** ◯

…… ……

Name der Krankenkasse Versichertennummer

……

Name des Sorgeberechtigten, über den der Freizeitteilnehmer versichert ist

……

(Internationale) Zusatzversicherung bei – ggf. ausfüllen

……

Kontaktdaten des Hausarztes

Impfungen – möglichst den Impfpass als Fotokopie beilegen, dann geht das Original keinenfalls verloren, möglich ist natürlich auch der Impfpass selbst!

Ich bin damit einverstanden, dass ein Mitarbeiter eine **Zecke** entfernen darf (ist „nein" angekreuzt, wird ein Arzt aufgesucht) ◯ JA ◯ NEIN

Gegen **Zeckenbisse** (=FSME) geimpft ◯ JA ◯ NEIN

Medikamente - Grundsätzlich dürfen verschreibungspflichtige Medikamente nur nach Arztanamnese verabreicht werden. Ist eine Medikamentengabe während der Veranstaltung notwendig, informieren Sie uns bitte im Vorfeld, denn wir müssen ggf. von Ihnen beauftragt werden.

Medikamenteneinnahme während der Veranstaltung mit genauer Dosierung:

◯ Nein ◯ Ja → ◯ Selbsteinnahme ◯ soll vom Mitarbeiterteam überwacht werden

Rezeptfreie Medikamentengabe durch das Mitarbeiterteam

Ggf. dürfen rezeptfreie Medikamente, wie z. B. Kopf- & Halsschmerztabletten, Wund- & Stichsalbe, Salbe gegen Verstauchungen und Verspannungen o. ä., verabreicht werden. Wir benötigen hierfür Ihre ausdrückliche Erlaubnis. Stimmen Sie der Verabreichung von rezeptfreien Medikamenten zu? ◯ JA ◯ NEIN

Allergien/ Nahrungsmittel- & Medikamentenunverträglichkeit ◯ NEIN ◯ JA → Folgende:

Krankheiten/ Behinderungen ◯ NEIN ◯ JA → Folgende:

Corona-Schnelltest:

Ich geben mein Einverständnis, dass auf der Freizeit SARS-CoV-2.Antigen-Tests (Nasenabstrich) durchgeführt werden: ◯ JA ◯ NEIN

Sonstiges zu beachten? ◯ NEIN ◯ JA → Folgendes:

Badeerlaubnis unter Aufsicht eines Mitarbeiters ◯ JA ◯ NEIN Schwimmer ◯ JA ◯ NEIN

Sonstige Hinweise: