

Anmeldebogen

Die Ev.-ref. Jugendarbeit in Ostfriesland gewährleistet einen vertraulichen Umgang mit diesen Informationen und möchte Sie bitten, dieses Formular ehrlich und vollständig auszufüllen und unterschrieben innerhalb von 10 Tagen zurückzuschicken.

1. PERSONENBEZOGENE DATEN

Geschlecht: weiblich männlich unbestimmt

Vor- und Nachname des Kindes/ Jugendlichen:

Vor- und Nachname des Sorgeberechtigten:

Adresse

Geburtsort:

PLZ/ Ort:

Geburtsdatum:

Telefon (Sorgeberechtigten):

Konfession (Ev.-ref.) / Kirchengemeinde:
(Bitte genau angeben)

Mailadresse (Sorgeberechtigten):

Personalausweis-Nr.:

Ausstellungsort:

Ausstellungsdatum:

gültig bis:

2. GESETZLICHE BETREUUNG (falls abweichend vom Sorgeberechtigten)

Unser Kind/ Jugendlicher steht unter gesetzlicher Betreuung: ja nein

Der gesetzliche Betreuer heißt:

Vor- und Nachname:

Adresse:

PLZ/ Ort:

Geburtsdatum:

3. VERSICHERUNGEN

Besteht für Ihr Kind/ Ihren Jugendlichen eine Haftpflichtversicherung? ja nein

Bei ja, bitte den Namen der Versicherung angeben: _____

4. ANREISE UND ORIENTIERUNG

Unser Kind/ Jugendlicher leidet unter Übelkeit beim Schifffahren: ja nein

Unser Kind/ Jugendlicher kann sich im Umfeld orientieren und sich alleine außerhalb des
Geländes/ Hauses aufhalten: ja nein

5. ERREICHBARKEIT DER SORGBERECHTIGTEN / GESETZLICHEN BETREUER

Für Rückfragen jeglicher Art, etwa bei Änderungen der Rückkehrzeit, zur Abklärung von gesundheitlichen Beschwerden, einer Medikamentengabe oder einer ärztlichen Behandlung oder bei verhaltensbedingten Gründen ist es unerlässlich, dass der Freizeitleiter ohne Verzögerung Kontakt zu Ihnen aufnehmen kann.

Adresse (ggf. eigene Urlaubsadresse abweichend vom Wohnort):

Telefon

ggf. weitere Telefonnummern (mobil, dienstlich)

Für den Fall unserer Abwesenheit/ Nichterreichbarkeit benennen wir folgende Ansprechperson/en (Freunde, Nachbarn oder Verwandte) für dringliche Rücksprachen:

6. BADEERLAUBNIS

Unser Kind/ Jugendlicher ist: Schwimmer Nichtschwimmer Schwimmabzeichen: _____

Badeerlaubnis:

ja nein

ja, nur unter Aufsicht (Teamerbegleitung)

7. ANGABEN ZU BESONDERHEITEN, KRANKHEITEN UND BEHINDERUNGEN

Unser Kind/ Jugendlicher leidet - nach unserem Wissen - zum jetzigen Zeitpunkt an

keinen

den nachfolgend aufgeführten

körperlichen Beschwerden oder gesundheitlichen Erkrankungen (Herzleiden, Asthma, Diabetes, Allergien, Sehschwäche, Anfallsleiden, ADHS, Essstörung, Hitzempfindlichkeit, Bettnässen, psychische Erkrankungen etc.), Behinderungen oder Beeinträchtigungen die sich in bestimmten Situationen, im Rahmen geplanter Aktivitäten (Sport, Spiel, Schwimmen etc.) oder ggf. auch ohne Anlass bemerkbar machen könnten und die für die Teamer in der Regel weder äußerlich noch aufgrund des Verhaltens unseres Kindes erkennbar sind:

Bitte geben Sie auch an, seit wann Ihnen sowie Ihrem Kind/ Jugendlichen die Erkrankung, Behinderung oder Beeinträchtigung bekannt ist, ob diese in bestimmten Situationen mit höherer Wahrscheinlichkeit auftreten sowie ob Ihr Kind/ Jugendlicher mit den Symptomen bereits vertraut ist.

Sofern im Hinblick auf diese Angaben aus unserer Sicht bei der Betreuung unseres Kindes/ Jugendlichen ganz besondere Dinge zu beachten sind, geben wir den Teamern weitere Informationen auf einem Beiblatt bzw. nach telefonischer Rückfrage.

8. LEBENSMITTEL

Im Hinblick auf Speisen und Getränke bzw. deren Zubereitung muss bei unserem Kind/ Jugendlichen auf folgendes besonders geachtet werden:

Vegetarier

kein Schweinefleisch

Diabetes

Veganer

Glutenunverträglichkeit Laktoseintoleranz Sonstiges: _____

Es besteht eine Allergie/ Überempfindlichkeit gegenüber folgenden Lebensmitteln/ Zutaten (z.B. Weizenmehl, Nüsse, Eiern etc.)

9. MEDIKAMENTENEINNAHME

Unser Kind/ Jugendlicher muss aufgrund einer ärztlichen Verordnung regelmäßig Medikamente zu sich nehmen:

ja nein

Unser Kind/ Jugendlicher führt die entsprechenden Medikamente selbst mit und kann diese auch eigenverantwortlich selbst einnehmen. Unser Kind/ Jugendlicher ist über die Wirkweise und Dosierung der Medikamente aufgeklärt.

Wir haben unserem Kind/ Jugendlichen weitere Medikamente für übliche Beschwerden mitgegeben und es über die Wirkweise und Dosierung der Medikamente aufgeklärt. Unser Kind/ Jugendlicher ist darüber informiert, dass die Weitergabe von Medikamenten an andere Mitreisende nicht gestattet ist.

Das Ev.-ref. Jugendbüro Südliches Ostfriesland weist darauf hin, dass es den Teamern im Rahmen ihrer Aufsichtspflicht nicht erlaubt ist, eigenverantwortlich medizinische Diagnosen zu treffen und ohne ausdrückliche Erlaubnis der Sorgeberechtigten oder ohne Verordnung durch einen Arzt Medikamente zu verabreichen. Falls bei Ihrem Kind/ Jugendlichen mit dem Auftreten von bestimmten Krankheiten (Übelkeit, Kopfschmerzen, Durchfall etc.) zu rechnen ist, steht es Ihnen frei, Ihrem Kind/ Jugendlichen Medikamente hierfür mitzugeben und es genau anzuweisen, wann und wie diese anzuwenden sind. Im Falle von Erkrankungen werden die Teamer, bevor vor Ort ein Arzt konsultiert wird, immer versuchen, Kontakt mit Ihnen aufzunehmen, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Wir erklären hiermit, dass unser Kind/ Jugendlicher - nach unserem Wissen - zurzeit nicht an einer ansteckenden Krankheit nach § 34 des Infektionsschutzgesetzes (z. B. Masern, Windpocken, Röteln, Keuchhusten, Scharlach, Läusebefall usw.) leidet. Des Weiteren erklären wir, dass wir mit dem Ev.-ref. Jugendbüro Südliches Ostfriesland unverzüglich Kontakt aufnehmen werden, wenn es oder ein Familienangehöriger in den letzten 6 Wochen vor Beginn der Ferienfahrt an einer solchen ansteckenden Krankheit erkrankt oder von Läusen befallen ist. Uns ist bewusst, dass eine solche ansteckende Erkrankung die Teilnahme unseres Kindes/ Jugendlichen an der Reise ausschließt oder - sollte die Erkrankung am Urlaubsort eintreten - ggf. eine vorzeitige Heimreise unseres Kindes/ Jugendlichen erforderlich machen kann.

10. ARZT- UND KRANKENHAUSBESUCH

Sollte Ihrem Kind/ Jugendlichen bei der Reise etwas zustoßen und eine ärztliche Behandlung oder ein ambulanter/ stationärer Aufenthalt in einem Krankenhaus erforderlich werden, werden die Teamer versuchen, unverzüglich mit Ihnen Kontakt aufzunehmen.

Sie sind damit einverstanden, dass Maßnahmen, die vom örtlichen Arzt für dringend notwendig gehalten werden, wenn Ihr Einverständnis aufgrund besonderer Umstände nicht mehr rechtzeitig vor der Maßnahme eingeholt werden kann, ohne Rücksprache mit Ihnen bei Ihrem Kind/ Jugendlichen durchgeführt werden darf.

ja nein

Unser Kind/ Jugendlicher ist Mitglied in folgender Krankenkasse: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Name der Mutter/ des Vaters, über den die/der Teilnehmer/in versichert ist: _____

11. QUALIFIZIERTE ERSTE HILFE BZW. BESONDERE MEDIZINISCHE EINGRIFFE DURCH DIE TEAMER

Uns ist bekannt, dass es den Teamer/innen ohne eine ausdrückliche Einwilligung des/der Sorgeberechtigten nicht gestattet ist, eigene Maßnahmen über die Erste Hilfe hinaus zu ergreifen. In einigen Fällen lässt sich durch ein rasches Eingreifen nicht nur eine Ausweitung der Verletzung/Erkrankung, sondern auch ein Arzt- oder Krankenhausbesuch vermeiden.

Wir gestatten den Teamer/innen:

ja nein Die Desinfektion von offenen Wunden mit handelsüblichen Desinfektionsmitteln.

- ja nein Das Entfernen von Fremdkörpern aus den oberen Hautschichten (Holzsplitter, Glasscherbe etc.) mit speziell hierfür vorgesehenen Hilfsmitteln und die anschließende Desinfektion der Wunde mit handelsüblichen Desinfektionsmitteln.

Uns ist bekannt, dass die Teamer/innen nur berechtigt, aber nicht verpflichtet sind, solche Maßnahmen zu ergreifen!

12. SONSTIGE HINWEISE

Ich nehme zur Kenntnis, dass weder die Schulungsleitung noch der Träger für verschwundene Gegenstände oder für die Folgen von selbständigen Unternehmungen haftet.

Mir ist bekannt, dass ich für Schäden, die mein Kind/ Jugendlicher verursacht, aufkommen muss.

Besondere Hinweise auf Verhaltensregeln:

- Der/die Teilnehmende untersteht der ganzen Zeit den gesetzlichen Grundlagen des deutschen Jugendschutzgesetzes und wird danach von der Schulungsleitung behandelt.
- Im Falle einer unausweichlichen Heimfahrt behalten wir uns vor, Ihren Jugendlichen **mit** Begleitung nach Hause zu schicken. Sämtliche Kosten für die Heimfahrt übernimmt der/die Sorgeberechtigte!
- Der/die Teilnehmende ist verpflichtet den Anordnungen der Schulungsleitung Folge zu leisten!

Weiterhin habe ich mich ausführlich im Vorfeld über die Maßnahme und ihre Reisebedingungen (**Schriftverkehr: Einwilligung in die Datenverarbeitung**) und die damit verbundenen Zahlungsbedingungen informiert und möchte für meinen Jugendlichen, nach den benannten Kriterien diesen Vertrag abschließen.

- ja nein

Wichtig: Sollte sich bis zum Beginn der Reise an den obigen Informationen etwas ändern; insbesondere im Falle der Änderung von Adress- und Kontaktdaten, wenn neue Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen bekannt werden bzw. wenn einzelne Informationen nicht mehr zutreffen, so sind Sie im eigenen Interesse verpflichtet, dies umgehend dem Ev.-ref. Jugendbüro Südliches Ostfriesland mitzuteilen.

Vielen Dank für die Zusammenarbeit!

Mit vielen Grüßen von Haus zu Haus,

Robin von Lienen

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmenden

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Unterschrift des gesetzlichen Betreuers