

- Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Kind an Weisungen und Anordnungen des Betreuungspersonals Folge zu leisten hat.
- Entfernt sich unser Kind ohne Wissen des Betreuungspersonals von der Gemeinschaft, so erlischt die Aufsichtspflicht, bis diese wieder möglich ist.
- Die Aufsichtspflicht erlischt ebenfalls, wenn mein Kind einer Anordnung des Betreuungspersonals zuwider handelt. Uns ist bekannt, dass unser Kind nach groben Verstößen gegen die Anordnungen der Zeltlagerleitung auf Kosten der Eltern nach Hause geschickt werden kann. Dies gilt auch, wenn mein Kind an einer ansteckenden Krankheit leidet, die die weitere Durchführung der Freizeit für die anderen Kinder gefährdet.
- Außerdem entbinde ich hiermit die Pfarrjugend Wertingen, deren Mitglieder, sowie das Betreuungspersonal von jeglicher Haftung mir gegenüber und Dritten, für Unfälle und Schäden, die mein Kind verschuldet oder durch mein Kind verschuldet werden.
- Mit der Veröffentlichung eventueller Bilder / Gruppenfotos in der Zeitung, im Internet (Pfarrjugend Wertingen Homepage) sowie in den Medien, die während des Lageraufenthaltes gemacht werden, bin ich einverstanden.

Ja  Nein

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

# Pfarrjugend Wertingen Violau Zeltlager



# Reisepass

# Reisepass

Ferienlagerpass für das Zeltlager in Violau

von 21.5. - 26.5.2018

Teilnehmer: 

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Mindestalter: 8 - 14 Jahre

Gegen Wundstarrkrampf geimpft?

nein  ja wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

Wenn vorhanden bitte Impfpass oder Kopie und Krankenkassenkarte mit ins Kuvert legen.

Mein Kind (Zutreffendes bitte ankreuzen)

ist Schwimmer  Nichtschwimmer

darf baden  nicht baden

darf an Wanderungen teilnehmen  nicht teilnehmen

benötigt folgende Medikamente: \_\_\_\_\_

hat folgende Allergien (z. B. Nahrungsmittel, Bienenstich, ...): \_\_\_\_\_

In den letzten sechs Wochen sind ansteckende Krankheiten in unserer Familie / Umgebung aufgetreten:

nein  ja wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Krankheitsfall in ärztliche Behandlung gegeben wird. Unser Hausarzt:

**Anschrift des Hausarztes**

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

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Person des gesetzlichen Vertreters oder der gesetzlichen Vertreterin**

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

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

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

auf der Rückseite geht es weiter

EUROPE.