

ABENTEUEREXERZITIEN

24.08. – 31.08.2021

Gesundheitsfragebogen & Einverständniserklärung



Name Teilnehmer/in _____

Geb. Datum _____

1. Personensorgeberechtigte/Erziehungsberechtigte

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

In der Zeit der **ABENTEUEREXERZITIEN vom 24.8. – 31.08.2021** bin ich erreichbar unter:

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

Bei Nichterreichbarkeit der Eltern soll im Notfall benachrichtigt werden:

Name: _____ Telefonnr.: _____ Bezug

zum Kind: _____

2. Gesundheitsfragebogen Teilnehmer/in

Impfungen, wenn vorhanden:

Tetanus (Datum der letzten Impfung): _____

FSME

Sonstige: _____

Unsere Tochter/our Sohn hat folgende Leiden (z.B. Allergien, Asthma, Herzfehler, Epilepsie, Kreislaufschwäche, Medikamentenunverträglichkeit), die sie/ihn an der Teilnahme der einen oder anderen Veranstaltung/Aktivitäten der ABENTEUEREXERZITIEN behindern würde oder auf die die Betreuungspersonen besonders achten müssen.

Sonderhinweis COVID-19:

Fall's unsere Tochter/our Sohn vor Antritt der Fahrt Symptome zeigt, die auf eine Infektion mit dem Coronavirus hindeuten könnten (z.B. Fieber, Geschmacksverlust, Schwindel, Husten, ...) oder 14 Tage vor Fahrtantritt mit einer positiv infizierten Person in Kontakt war, wird das AEX Team informiert und die Teilnehmer*in kann vermutlich die Fahrt nicht antreten!

Die Erziehungsberechtigten stimmen zu: ja nein

körperliche und/oder psychische Krankheiten (Epilepsie, Asthma, Rheuma, Kreislaufschwäche, Depressionen, usw.):

Regelmäßig einzunehmende Medikamente (welcher Wirkstoff, gegen was, wie, wann):

Allergien (Gräser, Pollen, Medikamente, usw.):

Medikamentenunverträglichkeit

Lebensmittelunverträglichkeiten

Mein Kind isst

vegetarisch: ja nein ; vegan: ja nein

Mein Kind ist frei von ansteckenden Krankheiten ja nein

Mein Kind ist krankenversichert bei:

Hausarzt (Name/Telefonnummer): _____

Bitte geben Sie Ihrem Kind die **Krankenversicherungskarte und Notfallmedikamente**, sowie Ersatzmedikamente, mit.

Mir ist bekannt, dass die Informationen des Gesundheitspasses an alle relevanten Betreuungspersonen weitergegeben werden.

3. Einverständnis Programm

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter an folgenden sportlichen, erlebnispädagogischen und spirituellen Veranstaltungen teilnimmt und die dazu nötige körperliche und psychische Fitness besitzt:

AbenteuerAction	Freizeit & Anderes	AbenteuerExerzitien
Flussfahrt	Gruppenspiele	Selfi - Zeit
Seilaufbauten	Schwimmen	Solozeit in der Nacht
Niederseilgarten	Volleyball	Austausch in Kleingruppen
Bogenschießen	Fußball	
Kooperationsübungen	Wikingerschach	
etc.	etc.	etc.

Unser Kind ist:

Schwimmer ja nein

Nichtschwimmer ja nein

Allgemeines

Wir haben das Hygienekonzept der Abenteuerexerzitien gelesen und sind mit den getroffenen Maßnahmen einverstanden.

Mir ist bewusst, dass die Betreuungspersonen für die Dauer der Veranstaltung die **Aufsichtspflicht** für mein/unser Kind übernehmen, und dass dieses sich an vereinbarte Regeln zu halten und den Anordnungen der Betreuungspersonen Folge zu leisten hat.

Ich/Wir geben unser Einverständnis, dass sich unser Kind Sohn nach Absprache mit den Betreuungspersonen ohne **Aufsicht** in kleinen Gruppen (mindestens 3 Jugendliche) in der Umgebung des Zeltlagers frei bewegen darf.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich für **Schäden**, die durch Verstöße meines Kindes gegen Anordnungen der Betreuungspersonen auftreten, selbst aufzukommen habe.

Ich/Wir erklären uns damit einverstanden, dass unser Kind nach mehrfachen, groben **Verstößen** gegen die Regeln und Anordnungen der Betreuungspersonen vorzeitig und ohne Anspruch auf Entschädigung auf eigene Gefahr und auf Kosten der Personensorgeberechtigten nach Hause geschickt werden kann.

Mir ist bekannt, dass während der Fahrt das deutsche **Jugendschutzgesetz** gilt und der Konsum von Alkohol und Drogen grundsätzlich verboten sind.

Uns ist bekannt, dass es sich bei den ABENTEUEREXERZITIEN um ein Zeltlager handelt bei dem **kein Strom** und **keine warmen Duschen** zur Verfügung stehen.

Sollten **Fotos** von meinem Kind gemacht werden, können diese für Dokumentationszwecke verwendet werden (z.B. Werbeflyer, Homepage) ja nein

Hiermit bestätige ich, dass ich den Gesundheitsfragebogen & Einverständniserklärung gelesen habe, ich mit den Regelungen einverstanden bin und alle oben gemachten Angaben richtig sind und keine wesentlichen Informationen fehlen:

Ort Datum Unterschrift des Personensorgeberechtigten

Ort Datum Unterschrift des Personensorgeberechtigten

Der Teilnehmerbetrag in Höhe von **€ 180 (Geschwisterkinder: 90,-€)** wird auf das Konto der Kath. Jugendstelle, **DE 09 71152570 0000 0000 18**, bei der Sparkasse Tegernsee-Miesbach überwiesen – Bitte Name angeben!

Bitte bringen sie die Unterlagen zum Vortreffen mit oder senden Sie diese an:

Katholische Jugendstelle im Dekanat Miesbach

Pfarrgasse 3

82714 Miesbach

Tel.: 08025- 24 84; Fax: 08025 – 18 05

E-Mail: info@jugendstelle-Miesbach.de

