

# ABENTEUEREXERZITIEN

24.08. – 31.08.2023

## Gesundheitsfragebogen & Einverständniserklärung



\_\_\_\_\_  
Name Teilnehmer/in

\_\_\_\_\_  
Geb. Datum

### 1. Personensorgeberechtigte/Erziehungsberechtigte

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

In der Zeit der **ABENTEUEREXERZITIEN vom 24.08. – 31.08.2023** 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.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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:

<b>AbenteuerAction</b>	<b>Freizeit &amp; Anderes</b>	<b>Abenteurerexerziten</b>
Floß bau	Gruppenspiele	Selfi - Zeit
Mountainbike	Schwimmen	Solozeit in der Nacht
Niederseilelemente	Volleyball	Austausch in Kleingruppen
Bogenschießen	Fußball	
Kooperationsübungen	Wikingerschach	
Klettern	etc.	etc.

**Unser Kind ist:**

Schwimmer  ja  nein

Nichtschwimmer  ja  nein

## Allgemeines

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 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, Nikotin 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/der Teilnehmers/Teilnehmerin

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift des Personensorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift des Personensorgeberechtigten

Über den Teilnehmerbetrag (in Höhe von **200€** / Geschwisterkinder **100,-€**) werden Sie von der Kath. Jugendstelle Miesbach, nach der Maßnahme, eine Rechnung erhalten!

**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](mailto:info@jugendstelle-Miesbach.de)

