

# Wichtige Mitteilungen

---



---



---



---



---

Meine Tochter / mein Sohn ist angewiesen worden, den Anordnungen der Verantwortlichen der Freizeitmaßnahme Folge zu leisten. Die Haftung bei eigenständigen Unternehmungen, die nicht von den Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern erlaubt wurden, übernehmen die Erziehungsberechtigten selbst. Ich versichere, daß meine Tochter / mein Sohn an keiner ansteckenden Krankheit leidet.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

© copyright:  
 unterwegs mit Gott:  

 Freizeitfieber®  
 Freizeiten, Rüstzeiten und Reisen  
 im Jugendwerk der Selbständigen  
 Evangelisch-Lutherischen Kirche (SELK)  
 Bergstraße 17 · 34576 Homberg/Efze  
 Fon (0 56 81) 14 79 · Fax (0 56 81) 6 05 06  
 E-Mail freizeitfieber@selk.de  
 http: www.freizeitfieber.de

Ja, unter Aufsicht       Nein  
 Schwimmer       Nichtschwimmer

# Baderlaubnis

---



---



---



---



---



---



---



---

Hier bitte Angaben für die Zeit der Reise machen. (Z.B. Medikamenten-Einnahme, Allergien, Hitzeempfindlichkeit, Verhalten, Spange tragen, Herzfehler, Bettnässer etc.)

# Worauf ist besonders zu achten?

unterwegs mit Gott:  
  
**Freizeit-Pass**  
 Bitte sorgfältig ausfüllen, damit die Verantwortlichen der Freizeitmaßnahme über das Wichtigste informiert sind.

## für

Vor- und Familienname \_\_\_\_\_  
 Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_  
 PLZ und Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

**Während der Freizeit, falls davon abweichend, Adresse der Erziehungsberechtigten:**

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_  
 PLZ und Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon-Nummer \_\_\_\_\_  
 für Notfälle (Nachbarn o.ä.) \_\_\_\_\_

SELK-Heimatgemeinde: \_\_\_\_\_

Name des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_  
 Krankenversicherung \_\_\_\_\_  
 Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
 Name des Hausarztes \_\_\_\_\_  
 Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_

Wenn kein Kranken- oder Überweisungsschein vorliegt, werden folgende Daten benötigt:

Blutgruppe/Rh-Faktor: \_\_\_\_\_ (Wenn bekannt bitte eintragen)  
 Impfstoff: \_\_\_\_\_  
 Ja: Impfdatum/  
 Nein

Ist die Teilnehmerin / der Teilnehmer gegen **Wundstarrkrampf** geimpft?

# Angaben für ärztliche Hilfe