

**Erlaubnis für...** (Einzelheiten hierzu sind im Info-Brief zu finden)

(z.B. Freischwimmer- oder Jugendschwimmer-  
abzeichen Silber oder Gold, Rettungsschwimmer)

**Schwimmer/in** und hat das...  
 **Ja**, nur unter Aufsicht  **Nein**  
 **Nichtschwimmer/in**

## Programmangebote

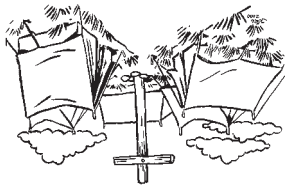
Liebe Eltern,  
Wir bitten Sie, diesen **Freizeitpass** sorgfältig auszufüllen. Wir als Teilnehmer näherer Einzelheiten wissen, um unsere Aufgaben im Rahmen der Aufsichtspflicht wahrnehmen zu können. Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Telefonnummer \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_  
Wohnort \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_



# Freizeitpass

## Ferienadresse der Eltern

(Adresse, unter der sie während der Freizeit im Notfall zu erreichen sind)

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_  
Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_  
Handynummer \_\_\_\_\_

Wenn Sie nicht direkt erreichbar sind, bitte Anschrift von Verwandten, Freunden oder Nachbarn, die Sie erreichen können

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_

Weitere Informationen \_\_\_\_\_

## Adresse der Hausärztin oder des Hausarztes

Im Ernstfall sind sachgerechte Informationen oft sehr wichtig. Deshalb ist es sinnvoll, wenn Sie die Anschrift des Hausarztes angeben.

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_  
Wohnort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

Ich habe von diesen Informationen Kenntnis genommen und meine Tochter/meinen Sohn entsprechend informiert.

Einverständniserklärung:  
Informationsblätter sind Bestandteil dieser  
Unsere Teilnahmebedingungen- bzw. Reisebedingungen sowie der

Tochter/Ihrem Sohn gehören, wird keine Haftung übernommen.  
Für abhanden gekommene oder verlorene Gegenstände, die Ihrer Tochter/Ihrem Sohn gehören, wird keine Haftung übernommen.  
unterwegs sein dürfen.

Zeit haben, in der sie selbständig und ohne direkte Aufsicht  
Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Rahmen des Programms freie  
Mir ist bekannt, dass während der Freizeitaufnahme die  
Ist.

den Krankheit leidet und frei von Ungeziefer (z.B. Flöhe, Kopfläuse)  
Ich versichere, dass meine Tochter/mein Sohn an keiner anstecken-  
wenn sie/er sich durch ihr/sein Verhalten selbst gefährdet.

Freizeitaufnahme gefährdet oder undurchführbar macht oder  
nach Hause geschickt werden kann, wenn ihr/sein Verhalten die  
Mir ist bekannt, dass meine Tochter/mein Sohn auf meine Kosten  
Freizeitaufnahme gefährdet oder undurchführbar macht oder

sind, übernimmt der/die Erziehungsberechtigte selbst.  
nicht von den Verantwortlichen der Freizeitaufnahme angesetzt  
zu leisten. Eine Haftung bei selbständigen Unternehmungen, die  
Anordnungen der Verantwortlichen der Freizeitaufnahme Folge

Meine Tochter/Mein Sohn ist von mir angewiesen worden, den  
Anordnungen der Verantwortlichen der Freizeitaufnahme Folge  
zu leisten. Eine Haftung bei selbständigen Unternehmungen, die  
nicht von den Verantwortlichen der Freizeitaufnahme angesetzt  
sind, übernimmt der/die Erziehungsberechtigte selbst.

## Einverständniserklärung

## Angaben für ärztliche Hilfe

### Bei welcher Krankenkasse ist Ihre Tochter/Ihr Sohn versichert?

Falls keine Krankenversichertenkarte oder kein Überweisungsschein vorliegt werden folgende Angaben benötigt:

Krankenversicherung (z.B. AOK, DAK, BEK, ...) \_\_\_\_\_  
Krankenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

Name der Mutter oder des Vaters, über den die Tochter oder der Sohn versichert ist. \_\_\_\_\_

### Ist Ihre Tochter / Ihr Sohn geimpft...

(Bitte eintragen bzw. Impfpass oder Fotokopie beilegen)

gegen Wundstarrkrampf?  **Nein**

**Ja; am** \_\_\_\_\_ **mit:** \_\_\_\_\_  
Impfdatum \_\_\_\_\_ Impfstoff \_\_\_\_\_

gegen Zecken?  **Nein**

**Ja; die Impfung war am:** \_\_\_\_\_  
Impfdatum \_\_\_\_\_

### Worauf ist besonders zu achten?

Worauf muss während der Freizeit besonders geachtet werden (z.B. Allergien, Behinderungen, Herzfehler, Hitzeempfindlichkeit, Bettnässen, Medikamente, etc.)

## Rezeptfreie Medikamente

Bei Bedarf verabreichen wir Ihrer Tochter/Ihrem Sohn rezeptfreie Medikamente wie Aspirin, Halstabletten, Wund- oder Stichtsalbe.

Ich wünsche vor der Verabreichung von Rezeptfreien Medikamenten Rücksprache unter folgender Handynummer:

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

Handynummer \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_  
Handynummer \_\_\_\_\_

Ich wünsche vor der Verabreichung von Rezeptfreien Medikamenten Rücksprache unter folgender Handynummer:  
Bei Bedarf verreiben wir Ihrer Tochter/Ihrem Sohn rezeptfreie Medikamente wie Aspirin, Halstableten, Wund- oder Stichsalbe.

### Rezeptfreie Medikamente

**Worauf ist besonders zu achten?**  
Worauf muss während der Freizeit besonders geachtet werden (z.B. Allergien, Behinderungen, Herzfehler, Hitzeempfindlichkeit, Bettnässen, Medikamente, etc.)

**Ja: die Impfung war am:** \_\_\_\_\_  
Impfdatum  
 **Nein**  
 **Ja: am** \_\_\_\_\_  
Impfstoff  
 **Nein**  
**gegen Wundstarrkrampf?**  
 **Ja: am** \_\_\_\_\_  
Impfdatum  
 **Nein**  
**gegen Zecken?**

**Ist Ihre Tochter / Ihr Sohn geimpft...**  
(Bitte eintragen bzw. Impfpass oder Fotokopie beilegen)

Name der Mutter oder des Vaters, über den die Tochter oder der Sohn versichert ist. \_\_\_\_\_

Krankenversicherung (z.B. AOK, DAK, BEK, ...) \_\_\_\_\_

Falls keine Krankenversicherungskarte oder kein Überweisungsschein vorliegt werden folgende Angaben benötigt:

**Sohn versichert?**  
**Bei welcher Krankenkasse ist Ihre Tochter/Ihr**  
**Angaben für ärztliche Hilfe**

## Einverständniserklärung

Meine Tochter/Mein Sohn ist von mir angewiesen worden, den Anordnungen der Verantwortlichen der Freizeitmaßnahme Folge zu leisten. Eine Haftung bei selbständigen Unternehmungen, die nicht von den Verantwortlichen der Freizeitmaßnahme angesetzt sind, übernimmt der/die Erziehungsberechtigte selbst.

Mir ist bekannt, dass meine Tochter/mein Sohn auf meine Kosten nach Hause geschickt werden kann, wenn ihr/sein Verhalten die Freizeitmaßnahme gefährdet oder undurchführbar macht oder wenn sie/er sich durch ihr/sein Verhalten selbst gefährdet.

Ich versichere, dass meine Tochter/mein Sohn an keiner ansteckenden Krankheit leidet und frei von Ungeziefer (z.B. Flöhe, Kopfläuse) ist.

Mir ist bekannt, dass während der Freizeitmaßnahme die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Rahmen des Programms freie Zeit haben, in der sie selbständig und ohne direkte Aufsicht unterwegs sein dürfen.

Für abhanden gekommene oder verlorene Gegenstände, die Ihrer Tochter/Ihrem Sohn gehören, wird keine Haftung übernommen.

Unsere Teilnahmebedingungen- bzw. Reisebedingungen sowie der Informationsbrief sind Bestandteil dieser Einverständniserklärung.

Ich habe von diesen Informationen Kenntnis genommen und meine Tochter/meinen Sohn entsprechend informiert.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Adresse der Hausärztin oder des Hausarztes**  
Weitere Informationen  
Im Ernstfall sind sachgerechte Informationen oft sehr wichtig. Deshalb ist es sinnvoll, wenn Sie die Anschrift des Hausarztes angeben.

Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_  
Handynummer \_\_\_\_\_  
Wenn Sie nicht direkt erreichbar sind, bitte Anschrift von Verwandten, Freunden oder Nachbarn, die Sie erreichen können

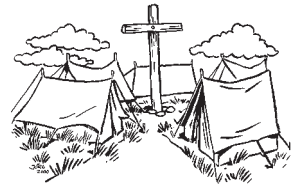
Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

**Ferienadresse der Eltern**  
(Adresse, unter der sie während der Freizeit im Notfall zu erreichen sind)

# Freizeitpass



Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Liebe Eltern,  
Wir bitten Sie, diesen **Freizeitpass** sorgfältig auszufüllen. Wir als Verantwortliche der Freizeit sollten über die Teilnehmerin oder den Teilnehmer näherer Einzelheiten wissen, um unsere Aufgaben im Rahmen der Aufsichtspflicht wahrnehmen zu können.

Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

## Programmangebote

**Badeerlaubnis**  
 **Ja**  **Ja, nur unter Aufsicht**  **Nein**  
 **Schwimmer/in** und hat das...  **Nichtschwimmer/in**  
(z.B. Freischwimmer- oder Jugendschwimmer- abzeichen Silber oder Gold, Rettungsschwimmer)

**Erlaubnis für...** (Einzelheiten hierzu sind im Info-Brief zu finden)