

Einverständniserklärung für das Talentcamp

Liebe Eltern,
dieser Fragebogen dient der Sicherheit Ihres Kindes. Bitte füllen Sie das Formular sorgfältig aus – selbstverständlich behandeln wir Ihre Daten vertraulich und in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen.

Bitte beachten Sie:

Liegt keine Einverständniserklärung der Eltern vor, kann das Kind leider nicht an der Maßnahme teilnehmen.

Grundlagen:

Vor- und Nachname Teilnehmer/in _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Während der Sommerschule bin ich telefonisch jederzeit unter _____ erreichbar.

Gibt es jemanden, der das Kind nach der Sommerschule abholen darf, außer Ihnen selbst?

nein. ja, folgende Person holt mein Kind ab:

Name: _____

Anschrift: _____

Handy: _____

Gesundheit:

Hausarzt meines Kindes: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Ich versichere, dass mein Kind an keiner ansteckenden bzw. übertragbaren Krankheit leidet.

Eine Kopie des Impfpasses und die Krankenversicherungskarte gebe ich meinem Kind mit.

Mein Kind ist bei folgender Krankenkasse versichert: _____

Folgende gesundheitliche Punkte sind bei meinem Kind zu beachten

(Diät, Allergien, Medikamenteneinnahme*, Bettnässer, etc.).

Es braucht dabei folgende Unterstützung: _____

(*bei Lebensmittelallergien oder regelmäßiger Medikamenteneinnahme bitte Lebensmittel- oder Einnahmeplan beilegen. Die Haftung hierfür ist ausgeschlossen.)

Religion:

Gibt es etwas aufgrund Ihres Glaubens, was wir beachten sollten?

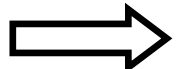
Sonstiges:

Weitere Punkte, die wir über Ihr Kind wissen sollten:

Erlaubnisse:

Ich bin damit einverstanden, dass während der Sommerschule Fotos und Videos gemacht werden, die z.B. für die Homepage verwendet werden.

Rückseite



Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind bei Problemen (z.B. Zeckenbiss, Verletzungen) zum Arzt gebracht wird.

Für den Fall, dass wir bei einem Notfall nicht erreichbar sind, informieren Sie bitte folgende Person:

Name/Telefonnummer: _____

Für den **äußersten Notfall** (Erziehungsberechtigte und genannte Personen werden nicht erreicht) erteile ich folgenden **Vollmacht für den Arzt- oder Krankenhausbesuch** aus:

Vollmachtgeber: _____ (Name und Adresse)

Bevollmächtigter: _____ (Name und Adresse der Betreuungsperson)

Für das Kind _____ geboren am _____ erteile ich für oben genannten Bevollmächtigten eine Vollmacht. Die bevollmächtigte Person darf mein Kind am _____ (Datum) / während der Reise nach Hennef in dringenden Fällen zum Arzt oder ins Krankenhaus (oder Praxis _____ bei geplantem Arztbesuch) begleiten.

Die Vollmacht berechtigt dazu:

- Begleitung zum Arzt oder Krankenhaus
- Entscheidungen zu notwendigen Untersuchungen zu treffen
- Impfungen bei Notwendigkeit zuzustimmen
- Zustimmung zu dringenden Operationen zu geben
- _____ (sonstige Befugnisse)

(unpassende Details bitte streichen)

Die Vollmacht ist während der Zeit vom _____ (Startdatum) bis zum _____ (Enddatum) gültig. Sie kann von mir jederzeit widerrufen werden und ist nur gültig, wenn sich die bevollmächtigte Person durch amtlichen Ausweis identifizieren kann.

Datum und Ort

Unterschrift Vollmachtgeber/in

Mein Kind kann schwimmen und ich bin damit einverstanden, dass mein Kind unter der Aufsicht der Betreuer im Hallenbad/Freibad schwimmen geht.

Ja Nein

Mir ist bekannt, dass die Kinder während der Ferienmaßnahme auch freie Zeit haben, in der sie sich auf dem Gelände selbstständig in Gruppen und ohne Beaufsichtigung bewegen und beschäftigen dürfen.

Mir ist auch bekannt, dass mein Kind auf Kosten der Eltern nach Hause geschickt werden kann, wenn das Verhalten die Ferienmaßnahme gefährdet oder undurchführbar macht. Dies gilt auch, wenn das Kind an einer ansteckenden Krankheit leidet, die die weitere Durchführung der Ferienmaßnahme für die anderen Teilnehmenden gefährdet.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten