TeilnehmerInnenbogen

Informationen über Ihr Kind an die begleitenden Gruppenleiter/innen

TeilnehmerIn

Vor- und Nachnamen

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Vorwahl/Telefonnummer

Geb. Datum

Name GruppenleiterIn

Angaben über ärztliche Hilfe

Ist der/die TeilnehmerIn gegen Wundstarrkrampf geimpft?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja wann?

Blutgruppe Rhesusfaktor

Falls bekannt bitte eintragen; entsprechende Bestätigung/Fotokopie beilegen

Erziehungsberechtigte

Name der Erziehungsberechtigten

Geb. Datum

Krankenversicherung

Kranken oder Überweisungsschein beilegen
(Versicherungskarte bitte mitgeben)

Im Notfall vom _____ erreichbar:

Wochenend-Adresse der Erziehungsberechtigten:

Straße/ Ort

Tel

Handy

Anschrift des/ der Hausarztes/ -ärztin

Name

Straße

Ort

Telefon

Besonders beachten

Worauf muss besonders geachtet werden?
(z.B. Zahnspange tragen, Medikamente nehmen, Verhalten, Allergien)

O Mein/unser Kind ist gesund und leidet **nicht** an gesundheitlichen Schäden

O Mein/unser Kind leidet an gesundheitlichen Schäden, die die Teilnahme an folgenden Tätigkeiten verbieten:

Ein Behandlungsschein/Versichertenkarte

- O liegt bei
- O wird bei Beginn der Reise mitgegeben.

Eventuelle Kosten der Krankenbehandlung während der Maßnahme bitten wir zu bezahlen. Die Auslagen werden von mir/ uns nach Vorlage der Rechnungen erstattet.

Eine private Haftpflicht-Versicherung habe(n) wir/ ich bei der

---

Policen-Nr. ---------- abgeschlossen ----------

Meine/unsere Tochter bzw. mein/unser Sohn ist angewiesen, den Anordnungen des/der Gruppenleiters/leiterin bzw. seines/seiner Beauftragten unbedingt Folge zu leisten.

Haftung bei selbstständigen Unternehmungen, die nicht von der Gruppenleitung angesetzt sind, übernimmt der/die TeilnehmerIn bzw. ich/wir.

Ich/wir weiß/wissen, dass bei groben Verstößen gegen die Anordnungen des/der Gruppenleiters/leiterin ein Ausschluss von der Gemeinschaft erfolgen kann. In diesem Falle ist der /die TeilnehmerIn von mir/uns am Veranstaltungsort abzuholen bzw. für dessen Rücktransport zu sorgen.

Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r