

# Einverständniserklärung

Name des Kindes : \_\_\_\_\_

Anschrift : \_\_\_\_\_

Telefon : \_\_\_\_\_ Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

( Bitte die Telefonnummer, wo die Erziehungsberechtigten während der Freizeit zu erreichen sind. )

Krankenkasse : \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre/-n ich / wir mich / uns damit einverstanden, dass mein mein(e) /unser(e) Sohn / Tochter :

- Unter Betreuer/innenaufsicht an bewachten Stränden, im Freibad oder am See baden darf. Ja \_\_\_ Nein \_\_\_
- Sich in Gruppen von mindestens 3 Personen ohne Betreuer/innen bewegen darf. Ja \_\_\_ Nein \_\_\_
- Sich in Gruppen von 3 Personen auch außerhalb des Zeltplatzes bewegen darf. Ja \_\_\_ Nein \_\_\_
- Während des Zeltlagers in Privat-PKW`s der Helfer/innen mitfahren darf. Ja \_\_\_ Nein \_\_\_
- Sich die Haare färben / tönen lassen darf. Ja \_\_\_ Nein \_\_\_
- Mein(e) Sohn/Tochter ist Schwimmer/ In. Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Ich / Wir bin / sind damit einverstanden, das ärztliche Maßnahmen, lebensrettende Operationen oder Schutzimpfungen, die von einem herangezogenen Arzt für dringend erforderlich gehalten werden, vorgenommen werden dürfen.

Ich / Wir bin / sind damit einverstanden, das unser/mein Kind auf eigene Kosten die Rückreise antreten muss, wenn er/sie gegen die Gruppenordnung und / oder die Anweisungen des Betreuer/Innenteams wiederholt verstößt.

Unser / Mein Kind hatte schon:

Masern :	Ja ___ Nein ___	Mumps :	Ja ___ Nein ___	Scharlach :	Ja ___ Nein ___
Diphtherie :	Ja ___ Nein ___	Windpocken :	Ja ___ Nein ___	Keuchhusten :	Ja ___ Nein ___
Röteln :	Ja ___ Nein ___	Sonstige Krankheiten :			

Letzte Wundstarrkrampfimpfung : \_\_\_\_\_

Ich / Wir habe/ -n den Infobrief aufmerksam mit unserem Kind gelesen und erklären uns mit den beschriebenen Inhalten einverstanden.  
( Eventuelle Fragen haben wir im Vorfeld abgeklärt )

\_\_\_\_\_  
( Ort / Datum )

\_\_\_\_\_  
( Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten )

Ich / Wir habe / -n zur Kenntnis genommen, dass spätestens bis zur Abfahrt diese Einverständniserklärung und die Ärztliche Bescheinigung beim Helfer /- Innenteam Vorliegen muss.

Ich / Wir habe / -n mein / unser Kind auf die bestehenden Regeln hingewiesen.

Bei meinem / unserem Kind ist folgendes zu beachten :

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

Folgende Medikamente müssen eingenommen werden :

\_\_\_\_\_ Wie oft : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Wie oft : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
( Ort / Datum )

\_\_\_\_\_  
( Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten )