



Katholische
Seelsorgeeinheit
Süßen-Gingen-Kuchen

Angaben zur ärztlichen Hilfe

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

Name des Hausarztes: _____ Telefon-Nummer: _____

Straße und Haus-Nr.: _____

PLZ und Ort: _____

Bei welcher Krankenkasse ist die Teilnehmerin / der Teilnehmer versichert?

Krankenversicherung (z.B. AOK, DAK, BEK,...) : _____ Krankenversicherungsnummer: _____

Name der Mutter oder des Vaters, über den die Tochter/der Sohn versichert ist _____

Worauf muss während der Freizeit besonders geachtet werden?
(z. B.: Medikamente, Allergien, Behinderungen, Hitzeempfindlichkeit, Verhalten usw.)

Anmelde- und Einverständniserklärung

Firmwochenende
Jugendhaus St. Norbert in Rot an der Rot
27. - 29. März 2020



ANMELDUNG

Teilnehmer-In

Vor- und Familienname

Straße und Haus-Nr.

PLZ und Wohnort

Telefon/Mobil-Telefon

Geb. Datum

Im **Notfall** sind die Erziehungsberechtigten erreichbar:

Name

Telefon

Mobil-Telefon:

Einverständniserklärung

Meine Tochter/mein Sohn ist von mir angewiesen worden, den Anordnungen der Verantwortlichen des Veranstalters des Wochenendes unbedingt Folge zu leisten. Haftung bei selbständigen Unternehmungen, die nicht von den Verantwortlichen der Maßnahme angesetzt sind, übernimmt der/die TeilnehmerIn bzw. 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 Maßnahme gefährdet und 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.

Für abhanden gekommene oder verlorene Gegenstände der TeilnehmerInnen wird keine Haftung übernommen.

Unsere Teilnahmebedingungen sowie Anmeldebestätigung sind Bestandteil dieser Einverständniserklärung.

Für die Dauer der Freizeitmaßnahme lege ich es in das Ermessen des behandelnden Arztes, ob mein Sohn/ meine Tochter bei einem Unfall oder einer Krankheit geimpft oder operiert werden kann. Falls eine Rücksprache mit den Erziehungsberechtigten möglich ist, wird das in jedem Fall geschehen.

*Mir ist bekannt, dass während der Maßnahme die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Rahmen des Programms **freie Zeit** haben, die sie selbständig und ohne Aufsicht gestalten dürfen.*

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

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten