

Teilnehmer- & Gesundheitsfragebogen

Ferienfreizeit 06.07. bis 13.07.2024



DRK-GO-Landsberg e.V. * Brunnenstraße 23 * 06188 Landsberg
Tel: 034604/15 47 11 * FAX: 034602 / 40 258 * Funk: 0178 / 3401690
www.drk-go-landsberg.de / ferienfreizeit@drk-go-landsberg.de

Bitte geben Sie den Fragebogen bis spätestens 6 Wochen vor der Abfahrt im unterschriebenen Original, zu den Sprechzeiten in unserem Büro ab oder senden Sie ihn per Post.

Teilnehmer:in

Vorname:	Straße / Nr.:	
Name:	PLZ / Ort:	
Geboren am:	Geschlecht:	
Anmeldung für:	Aktivferienfreizeit „Floorball“	Original DRK-Landsberg Abenteuerferienfreizeit

Sorgeberechtigte

Verhältnis zum Teilnehmenden (Mutter, Vater, Vormund, etc.):		
Vorname:	Straße / Nr.:	
Name:	PLZ / Ort:	
Geboren am:	E-Mail-Adresse:	
Verhältnis zum Teilnehmenden (Mutter, Vater, Vormund, etc.):		
Vorname:	Straße / Nr.:	
Name:	PLZ / Ort:	
Geboren am:	E-Mail-Adresse:	

Im Notfall

sind Eltern oder Sorgeberechtigte zu erreichen unter:

Tel. privat:	Tel. Dienstl.:
Funk:	Sonstiges:
Tel. privat:	Tel. Dienstl.:
Funk:	Sonstiges:

Ausweichtelefon

Wer ist im Falle der Nichterreichbarkeit der Sorgeberechtigten zu benachrichtigen?

Name:	Vorname:
Verwandtschaftsverhältnis / Verhältnis:	
Tel. privat:	Tel Dienstl.:
Funk:	Sonstiges:

Gesundheit					
Ist Ihr Kind schon einmal allein weggefahren?		Ja		Nein	
Bekommt es eventuell Heimweh?		Ja		Nein	
Ist es selbstständig?		Ja		Nein	
Ist Ihr Kind Nervös?		Ja		Nein	
Gibt es Situationen, die ihrem Kind Schwierigkeiten bereiten? (z.B. Dunkelheit)					
Hat Ihr Kind Allergien?		Ja	Nein	Welche?	
Mein Kind ist gegen Tetanus geimpft:		Ja	Nein	Wann?	Jahr
Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen?		Ja (bitte Medikamentenplan beilegen)			
		Nein			
Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind schon? (z.B. Mumps, Masern, Röteln)					
Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihr Kind in den letzten 3 Monaten – vor Beginn der Maßnahme – frei von ansteckenden Krankheiten gewesen ist. (Kinderkrankheiten, Läuse, etc.) Sollte dies nicht zutreffen, bringen Sie uns bitte eine „Ferienlagertauglichkeitsbescheinigung“ mit.					
Haus-/Kinderarzt					
Name:		Straße / Nr.:			
PLZ / Ort:		Tel.-Nr.:			
Zahnarzt					
Name:		Straße / Nr.:			
PLZ / Ort:		Tel.-Nr.:			
Augenarzt (wenn nötig)					
Name:		Straße / Nr.:			
PLZ / Ort:		Tel.-Nr.:			
Krankenversicherung					
Privatversichert		Ja	Nein		
Name Krankenkasse:					
Über wen ist das Kind versichert?					
Name:		Vorname:			
Ist Ihr Kind privat haftpflichtversichert?		Ja	Nein		
Name der Haftpflichtversicherung:					
Ist Ihr Kind privat unfallversichert?		Ja	Nein		
Name der Unfallversicherung:					

Was darf Ihr Kind / nicht?					
Badeerlaubnis	Ja	Nein	Schwimmer	Ja	Nein
Reitererlaubnis	Ja	Nein	Schwimmstufe:		
Bogenschießen	Ja	Nein	Springen ins Wasser	Ja	Nein
Hinweise für den Betreuer			Die Vollständigkeit der Angaben ist für den Betreuer äußerst wichtig, um dem Kind bei auftretenden Schwierigkeiten wirklich helfen zu können!		
Gibt es Besonderheiten im Verhalten Ihres Kindes bzw. des Gesundheitszustandes z.B.: Reiseübelkeit, Kontaktlinsen, Hyperaktivität, Bettnässen, Hörgeräte, Brille, Zahnsparren usw.					
Soll der Betreuer für Ihr Kind das Taschengeld verwalten?			Ja	Nein	
Wenn ja, Höhe des Taschengeldes (durch Lagerleitung einzutragen):					
Einverständnis der Sorgeberechtigten					
Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind an allen Veranstaltungen teilnimmt, die im Rahmen der Maßnahmen auf Veranlassung der Ferienlagerleitung bzw. einer zuständigen Person durchgeführt werden. Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind sich nach Absprache mit den Betreuern auch ohne Begleitung am Ferienort und bei Ausflügen in kleinen Gruppen bewegen darf. Mein Kind wurde darüber informiert, den Anordnungen der Betreuer Folge zu leisten. Unsere Betreuer werden während des Aufenthaltes Fotos von verschiedenen Aktivitäten machen. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis zur Veröffentlichung dieser Fotos zu Werbezwecken.					
Bitte teilen Sie uns bei der Anreise – schriftlich – mit, ob Ihr Kind in den letzten Wochen vor Beginn der Ferienfreizeit eine Krankheit hatte, z.B. mit Antibiotika behandelt worden ist, damit wir gegebenenfalls besonders Rücksicht auf die vielleicht noch angegriffene Gesundheit Ihres Kindes nehmen können.					
Folgende Sachen sollten Sie bei der Anreise Ihres Kindes nicht vergessen <ul style="list-style-type: none"> • Krankenkassen(Chip-)karte (ohne dieser Karte behandeln Ärzte nur gegen Rechnung) • Original des Impfausweises - Allergiepass 					
Mit Ihrer Unterschrift leisten Sie Ihr Einverständnis, sowie die In Kenntnisnahme, Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben.					
Ort / Datum			Unterschrift des Sorgeberechtigten / ges. Vertreter		