

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Einverständniserklärung (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Hiermit erkläre/n ich/wir, dass mein/unser Kind

- sicher schwimmen kann
- nicht sicher schwimmen kann
- Schwimmbäder in- und außerhalb des Sport- und Feriendorfes unter Aufsicht besuchen darf
- sich nach Überprüfung durch den und im Einverständnis mit dem Leiter der Maßnahme von der Gruppe entfernen darf (mindestens in Dreiergruppen)
- Kartfahren darf
- an durch unsere Trainer betreuten Kletterveranstaltungen innerhalb des Sport- und Feriendorfs teilnehmen darf
- Wanderungen des Grades T3 der SAC-Wanderskala sicher absolvieren kann (https://magazin.alpenverein.de/artikel/schwierigkeitsgrade-von-bergwegen_8de95a6d-b490-4963-86cf-a0907c48a331). Dafür werden auf jeden Fall knöchelhohe Wanderstiefel benötigt.
- ärztlich behandelt werden darf, sofern ein Arzt diesen Eingriff für notwendig erachtet (auch chirurgische Eingriffe)
- an **keinen** Krankheiten bzw. Verletzungen (z.B. Herzfehler, starkes Asthma) leidet, die bei sportlicher Bestätigung zu einem nicht unerheblichen Gesundheitsrisiko führen können oder sonstiger Vorsichtsmaßnahmen bedürfen
- auf Fotos und/oder Filmen in der Presse (z.B. Homepage des Sportvereins – nur Gruppenfoto) erscheinen darf und die Aufnahmen an die Teilnehmer der Jugendbildungsmaßnahme weitergegeben werden dürfen
- keine Fotos/Videos der Jugendbildungsmaßnahme auf sozialen Medien (Facebook, Instagram, etc.) verbreiten werde/n, worauf außer mir/ dem eigenen Kind noch weitere Personen zu sehen sind

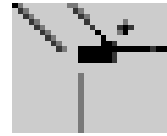
Erreichbarkeit:

Ich / eine meinem Kind vertraute Person bin / ist während des Inzellaufenthalts meines/unseres Kindes unter folgender Adresse und Telefonnummer erreichbar:

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Postleitzahl, Ort _____

Telefonnummer _____ Mobiltelefonnummer _____



Medikamentenhinweis:

Mein/unsere Kind leidet unter folgenden Allergien oder (chronischen) Erkrankungen:

Folgende Maßnahmen sind bei folgenden Symptomen zu treffen:

Mein/unsere Kind verträgt folgende Medikamente oder Stoffe nicht:

Mein/unsere Kind muss aufgrund ärztlicher Verordnung folgende Medikamente in folgenden Abständen einnehmen:

Letzte Tetanus-Schutzimpfung war am: _____

Gegen die Einnahme/Anwendung folgender Medikamente bestehen keine Einwände (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Paracetamol
- Ibuprofen
- Acetylsalicylsäure (ASS)
- Autan/Fenistil
- Pflaster/Tape
- Desinfektionsmittel
- Wundheilsalbe
- Hustensaft/Hustenbonbons
- Arnika-/Voltaren- oder sonstige Sportsalbe

Wichtiger Hinweis: Die Medikamente werden nur im Notfall bzw. bei Bedarf eingesetzt.

Datum

Unterschrift mindestens eines Erziehungsberechtigten