



# Kath. Kinderzeltlager Oestrich-Winkel

St. Peter und Paul Rheingau

Einverständniserklärung 2025 in Boppard (07.07. - 18.07.)

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

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

## Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein Kind **sicher schwimmen** kann  ja  nein
- mein Kind **alleine baden** darf  ja  nein
- mein Kind **ohne Begleitung eines Gruppenleiters** an Stadtspielen o.ä. in **Kleingruppen** von mind. 3 Personen im Rahmen der getroffenen Abmachungen unterwegs sein darf  ja  nein
- mein Kind auf **Fotos/Filmen** erscheinen darf, die im Kontext des Zeltlagers auf verschiedenen Ausspielwegen veröffentlicht werden:  
 **Webseite** (via Drittplattform)  **Instagram**  **Zeitung/Gemeindeblatt**
- mein Kind **bei schweren Ordnungsverstößen** nach telefonischer Verständigung von mir selbst oder einer von mir beauftragten Person **abgeholt wird**. Eine Rückerstattung des Teilnehmerbeitrags erfolgt in diesem Fall nicht.  ja  nein
- ich mein Kind eindringlich davon in Kenntnis setze, dass es den **Anordnungen der Lagerleitung Folge zu leisten hat**.  ja  nein

Alle **Daten**, die im Anmeldeprozess anfallen, werden für die Validierung der Anmeldung zum aktuellen Zeltlager gespeichert. Darüber hinaus werden die Daten zur Kontaktaufnahme im Anschluss des Zeltlagers gespeichert. Sind Sie damit nicht einverstanden, nehmen Sie bitte vor Beginn des Zeltlagers Kontakt zu uns auf.

E-Mail (nur falls diese sich nach der Anmeldung geändert hat):

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

## **Gesundheit**

Mein Kind...

- benötigt zurzeit die folgenden Medikamente:

- nimmt die Medikamente selbständig ein:

ja  nein

- soll die Medikamente unter der Aufsicht der Lagerleitung einnehmen:

ja  nein *(wenn ja, ggf. Rücksprache)*

- darf homöopathische Arzneimittel einnehmen (Globuli):

ja  nein

Folgende **gesundheitliche Besonderheiten** sind zu beachten (z.B. Allergien/Unverträglichkeiten, auch Nahrung betreffend):

Medikamente gegen diese Allergie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hausarzt/Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Die letzte Tetanusimpfung war am: \_\_\_\_\_ *(ggf. erneuern)*

**Sonstiges** (Was die Lagerleitung noch wissen sollte/worauf sie achten sollte):

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

Mein Kind ist haftpflichtversichert  ja  nein

bei folgender Versicherung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Im Notfall**

Anschrift und Telefonnummer der Eltern (*privat, dienstlich, mobil, ggf. Urlaubsanschrift*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Information:** Im Krankheitsfall oder bei Unfällen nehmen wir sofort Kontakt mit einem Arzt auf und setzen Sie so bald wie möglich in Kenntnis. Erreichen wir Sie jedoch nicht und eine ärztliche Maßnahme ist notwendig, so setzen wir Ihr Einverständnis zur ärztlichen Behandlung bzw. Operation voraus, wenn diese im Interesse der Gesundheit Ihres Kindes als notwendig erachtet wird.

Ich bin damit einverstanden, dass die **Gruppenleiter des Zeltlagers** meinem Kind **selbstständig Zecken und Splitter entfernen** und die **Stelle markieren** dürfen. Die Überwachung der betroffenen Stelle erfolgt mindestens einmal täglich. Bei Rötung oder sonstigen Anzeichen/Veränderungen wird sofort ein Arzt konsultiert.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift des teilnehmenden Kindes

Die Einverständniserklärung bitte **ausgedruckt, ausgefüllt und unterschrieben** am Bus unseren Gruppenleitern aushändigen.

In einer abheftbaren Klarsichtfolie mit Namen zusammen mit

- Krankenkassenkarte
- Impfpass
- eventuellen Medikamenten.