



Notfall-Umschlag

Wölflingslager in Haselünne

08.05.24 – 12.05.24

Inhalt:

- Erklärung für die Eltern, Personalien und Adressen
- Aufsichtspflicht und Ähnliches
- „Arztbogen“

Erklärung für die Eltern

Liebe Eltern,

natürlich hoffen wir immer, dass im Lager nichts Schlimmes passiert. Doch im Falle eines Falles möchten wir sicherstellen, dass wir in jeder Situation die bestmöglichen Entscheidungen treffen können. Dazu brauchen wir ihre Hilfe.

Der Fragebogen ist in zwei Kapitel unterteilt. Der erste Teil beschäftigt sich mit Fragen im Bereich der Aufsichtspflicht und allgemeinen Dingen – also Informationen, die den Gruppenleitern die Aufsicht im Lager ermöglichen und erleichtern und helfen, einen Notfall zu vermeiden. Das zweite Kapitel beschäftigt sich mit den gesundheitlichen Fragen, die auch nur durch die Verantwortlichen des Lagers – und im Notfall ggf. von behandelnden Personen – eingesehen werden sollen. Die Daten werden also keinesfalls ohne Grund an Dritte weitergegeben.

Bitte füllen Sie die anschließenden Seiten möglichst vollständig aus, um uns das Lagerleben zu erleichtern und Missverständnissen vorzubeugen.

Sollte der Platz in dem Fragebogen für Ihre Antworten nicht ausreichen, fügen Sie bitte ein zusätzliches Blatt hinzu! Ganz wichtig: Notieren Sie den Namen ihres Kindes auf dem Beiblatt!

Herzlichen Dank

Euer Leitungsteam

Personalien und Adressen

Ich bin/ Wir sind einverstanden, dass mein/unser Kind am Lager der DPSG Mettingen teilnimmt:

Name des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Bei Notfällen verständigen Sie bitte (Privatadresse der bzw. des Erziehungsberechtigten):

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon, privat: _____

Telefon, dienstl.: _____

Mobil: _____

Bin ich/Sind wir nicht zu erreichen benachrichtigen sie bitte (Ersatz-Anschrift, z.B. Großeltern):

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon, privat: _____

Telefon, dienstl.: _____

Mobil: _____

Er/ Sie ist in diesem Fall auch berechtigt, die Aufsichtspflicht zu übernehmen.

Aufsichtspflicht und Ähnliches *(Nichtzutreffendes bitte streichen!)*

1. Ich/Wir erlaube/n, erlaube/n nicht,
dass meine/ unser Kind am Baden in einer geschlossenen Badeanstalt oder an einem durch Stufenleiter mit Rettungsschein beaufsichtigten See/ Strand/ Fluss teilnimmt.
2. Mein/unser Kind ist Schwimmer (min. Bronze) Nichtschwimmer
und hat folgendes Schwimmabzeichen _____ erworben.
3. Ich/Wir erlaube/n erlaube/n nicht,
dass mein/unser Kind an Flussüberquerungen (Kanu / Floß) teilnimmt.
4. Mir/Uns ist bekannt, dass mein/unser Kind nach Hause geschickt werden kann, wenn:
 1. Ihr/sein Verhalten
 2. Bewusste Fehlinformation der Elternden ordnungsgemäßen Ablauf der Ferienfreizeit gefährdet. In diesem Fall sind alle anfallenden Kosten (auch für den begleitenden Betreuer) unverzüglich zu erstatten.
5. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind tagsüber ohne Begleitung eines Betreuers in Gruppen von min. drei Teilnehmern den Lagerplatz verlassen darf.
6. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind tagsüber ohne direkte Begleitung eines Betreuers in Gruppen von min. drei Teilnehmern die Stadt besuchen darf.
7. Mein/unser Kind darf während des Sommerlagers im Privat-PKW (Bulli) mitfahren.
8. Ich/Wir erlaube/n, erlaube/n nicht, dass Lagerbilder von meinem/ unserem Kind allen Teilnehmenden & Eltern verfügbar gemacht werden.
9. Ich/Wir erlaube/n, erlaube/n nicht, dass Lagerbilder von meinem/ unserem Kind (Gesichter werden unkenntlich gemacht) unserem Internetauftritt hinzugefügt werden.
10. Bei meinem/ unserem Kind sind besondere Auffälligkeiten zu beachten (z.B. Schlafwandeln, Bettnässen, AD(H)S, oder ähnliches):

11. Wünsche oder Bemerkungen besonderer Art:

Ort/Datum

Unterschriften sämtlicher Erziehungsberechtigter

„Arztbogen“

Name und Vorname des Kindes: _____

1. Mein/Unser Kind ist krankenversichert bei (Name und Adresse der Versicherung):

2. Versicherungsnehmer (Name und Geburtsdatum) und Versicherungsnummer:

Bitte geben Sie bei der Lagerleitung oder dem Gruppenleiter die Krankenversichertenkarte ihres Kindes (ggf. Auslandskrankenschein) und den Impfpass (auch Kopie) vor der Fahrt ab.

3. Mein/unser Kind wurde zuletzt am _____ gegen Tetanus und am _____ gegen FSME (Zecken) geimpft.

4. Hausarzt/Kinderarzt:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

5. Gibt es bei Ihrem Kind ungewöhnliche Reaktionen auf Insektenstiche?

Nein Ja, folgende: _____

6. Bestehende/ akute/ chronische Krankheiten/ Allergien oder andere Besonderheiten: (z.B. Asthma, Diabetes, Epilepsie, Nahrungsmittelunverträglichkeit, Trommelfellschäden, Herzfehler:

7. Ich/wir erlauben es den zuständigen Leitern bei meiner Tochter/ meinem Sohn Zecken zu ziehen

Ja Nein, in diesem Falle fahren wir zum Arzt.

8. Mein/Unser Kind benötigt zur Zeit folgende(s) Medikament(e) inkl. Gebrauchsanweisung:

9. Fallen diese Medikamente unter das Betäubungsmittelgesetz? (BTM)

Nein Ja – die Bescheinigung des Arztes lege ich bei.

10. Ich erlaube/Wir erlauben die Verabreichung von frei verkäuflichen und homöopathischen Medikamenten und Salben lt. Packungsbeilage des Herstellers.

Ja Nein

11. Ich/Wir nehmen zur Kenntnis, dass ärztliche Maßnahmen wie lebensrettende operative Eingriffe oder Schutzimpfungen, die vom hinzugezogenen Arzt für dringend erforderlich erachtet werden, bei meinem/unserem Kind im gegebenen Fall vorgenommen werden.

12. Wir erklären, dass unser Kind nach unserem Wissen frei von ansteckenden Krankheiten ist.

13. Wir nehmen zur Kenntnis, dass bei der Einnahme von Medikamenten ohne das Wissen der Leiter die Erziehungsberechtigten haften.

14. Sonstige wichtige medizinische oder andere Hinweise:

Ort/Datum

Unterschrift sämtlicher Erziehungsberechtigter