

AUFSICHTSPFLICHTÜBERTRAGUNG

(Bitte ausfüllen und mit den anderen Unterlagen vor der Abfahrt beim Leitungsteam abgeben!)

**Katholische junge Gemeinde (KjG)
St. Lambertus Langenberg
Jugendfreizeit-Team 2018**

Name Teilnehmer*in: _____

Geburtsort: _____

Staatsbürgerschaft: _____

Anschrift der Eltern:

In der Zeit vom _____ bis _____

Telefon: _____

Handy: _____

Urlaubsanschrift der Eltern:

In der Zeit vom _____ bis _____

Telefon: _____

Handy: _____

Während der Freizeit sind die Erziehungsberechtigten nicht erreichbar, Vertreter für diese Zeit ist:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Bescheinigung

1. Hiermit übertragen wir, _____, der Leitung der Jugendfreizeit der KjG St. Lambertus Langenberg für die Zeit vom 04. bis zum 16. August 2018 die Aufsichtspflicht über unsere Tochter / unseren Sohn _____.

2. Wir haben unser Kind davon in Kenntnis gesetzt, dass es den Anweisungen der Gruppenleiter*innen stets Folge zu leisten hat.

3. Wir sind damit einverstanden, dass sich unser Kind tagsüber in Gruppen von mindestens drei Jugendlichen ohne direkte Aufsicht der Gruppenleiter*innen aufhalten kann (z.B. bei Ausflügen oder Umgebungsspielen).

Ja Nein

4. Unser Kind darf unter Aufsicht schwimmen.

Ja Nein

Unser Kind hat folgende Schwimmabzeichen.

Keines
 Freischwimmer
 Bronze
 Silber
 Gold

5. Unser Kind darf unter Aufsicht Paddeln/ Kajak fahren.

Ja Nein

6. Unser Kind darf ohne direkte Aufsicht der Gruppenleiter*innen Fahrrad fahren.

Ja Nein

7. Wir erklären hiermit, dass im Falle einer ernsthaften Erkrankung unseres Kindes der*die verantwortliche Leiter*in der Ferienmaßnahme die Entscheidung über eine eventuelle Krankenhausbehandlung oder Operation treffen darf, sofern eine Rücksprache mit den Eltern oder deren Vertretern nicht mehr möglich sein sollte.

8. Ferner sind wir davon in Kenntnis gesetzt worden, dass die Gruppenleiter*innen die Rückreise unseres Kindes auf eigene Kosten veranlassen können, sofern dieses den Anweisungen der Gruppenleiter*innen nicht Folge geleistet hat.

9. Unser Kind ist durch eine Privathaftpflicht versichert.

Ja Nein

10. Wir haben die o.g. Punkte gelesen und vollständig ausgefüllt. Sollte der vorgegebene Platz nicht ausreichen, legen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei, ebenso, wenn Sie noch weitere wichtige Informationen an die Gruppenleiter*innen haben.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

GESUNDHEITSBOGEN

(Bitte ausfüllen und mit den anderen Unterlagen vor der Abfahrt beim Leitungsteam abgeben!)

Name Teilnehmer*in: _____

1. Unser Kind hat folgende Krankheiten:

2. Folgende Anfälligkeiten und/oder Allergien sind bekannt:
(z.B. Asthma, Heuschnupfen, Medikamente)

	Ja	Nein
a) Ungewöhnliche Reaktion auf Insektenstiche	[]	[]
b) Besondere Neigung zu Kopfschmerzen	[]	[]
c) Kreislaufbeschwerden	[]	[]
d) Atembeschwerden	[]	[]
e) Licht-/Sonnenempfindlichkeit	[]	[]
f) Nahrungsmittelunverträglichkeiten	[]	[]

3. Es müssen regelmäßig folgende Medikamente in angegebener Dosis eingenommen werden
(Bestätigung des Hausarztes am Ende des Gesundheitsbogens!):

(Medikamente müssen in **Originalpackung und mit Beipackzettel** vor der Abreise beim Leitungsteam abgegeben werden. Bitte geben Sie Ihrem Kind keine „normalen“ Medikamente gegen Husten, Schnupfen, Kopfschmerzen, usw. mit. Sollte Ihr Kind schon während der Busfahrt Medikamente einnehmen müssen, so teilen Sie dies den Gruppenleiter*innen bitte vor der Fahrt mit!)

4. Unser Kind wird homöopathisch behandelt:

Ja Nein

(**Wenn ja**, erklären Sie uns bitte detailliert, welche alternativen Mittel Ihr Kind regelmäßig einnehmen muss und wie sich die Gruppenleiter*innen verhalten können. Geben Sie die Medikamente in Originalpackung mit Beipackzettel vor der Abreise bei den Gruppenleiter*innen ab.)

5. Besondere Hinweise an das Leitungsteam:
(z.B. Schlafstörungen, Kopfschmerzen)

6. Die Kopie des Impfausweises und die Krankenkassenkarte liegen dem Umschlag bei.

7. Wir haben die o.g. Punkte gelesen und vollständig ausgefüllt. Sollte der vorgegebene Platz nicht ausreichen, legen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei!

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Sollte Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen müssen, so bitten wir Sie, dies durch die Unterschrift Ihrer/Ihres Hausärztin/Hausarztes bestätigen zu lassen:

Hiermit bestätige ich, Herr/Frau Dr. _____, dass die oben genannten Angaben der Eltern zur regelmäßigen Einnahme der Medikamente und deren Dosierung (s. Punkt 3) der Richtigkeit entsprechen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Hausärztin/Hausarztes, Stempel