

Besonders beachtet werden muss (Infos über Spange, Bettnässer, Krankheiten, usw.):

---

---

---

**Ich erkläre ausdrücklich folgendes:**

1. Mein Kind ist angewiesen, den Anordnungen der Verantwortlichen uneingeschränkt Folge zu leisten. Haftung bei selbstständigen Unternehmungen übernimmt der Personensorgeberechtigte selbst.
2. Ich versichere, dass mein Kind gesund ist – es ist auszuschließen, dass es von einer ansteckenden Krankheit infiziert ist.
3. Ich versichere, dass mein Kind für die Dauer der Einheit – mit Ausnahme Krankheit bzw. nach Absprache mit der Freizeitleitung – anwesend sein wird.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift eines Personensorgeberechtigten:

---

**Haftungsausschluss bei nicht bestehender Tetanus-Impfung**

Sollte Ihr Kind vor Beginn der Zeltlagereinheit nicht gegen Tetanus geimpft sein, bitten wir um zusätzliche Unterzeichnung dieses Abschnittes.

Die Teilnahme am Zeltlager erfolgt auf eigenes Risiko. Wir weisen darauf hin, dass falls sich Ihr Kind leichte Verletzungen zuziehen sollte, die unter 1. Hilfe fallen, wir deswegen nicht ins Krankenhaus fahren werden.

Wir übernehmen keine Haftung für Schäden bzw. Folgeschäden einer Nichttetanusimpfung.

Ich/Wir als Personensorgeberechtigte(r) habe(n) diesen Haftungsausschluss zur Kenntnis genommen und bestätige(n) dies mit meiner/unserer Unterschrift.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift eines Personensorgeberechtigten:

---

# Freizeitpass für das Kinderzeltlager LIBI vom 22. August bis 01. September 2023

**1. Teilnehmer:**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**2. Erreichbarkeit im Notfall:**

Adresse der Personensorgeberechtigten während der Freizeit:

---

---

Bitte geben Sie unbedingt eine Telefonnummer an, unter der im Notfall Sie, Verwandte oder Nachbarn des Kindes erreichbar sind:

Vor- und Zuname, ggf. Verwandt- oder Bekanntschaftsgrad zum Kind, Telefonnummer:

1. Person: \_\_\_\_\_

2. Person: \_\_\_\_\_

**3. Angaben zur medizinischen und ärztlichen Versorgung (werden vertraulich behandelt)**

Ist Ihr Kind gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) geimpft?

nein (beachten Sie den Haftungsausschluss, siehe letzte Seite)

ja wann? \_\_\_\_\_ welcher Impfstoff? \_\_\_\_\_

*Angaben zur ärztlichen Behandlung:*

Vor- und Zuname und Geburtsdatum des Personensorgeberechtigten:

---

Name, Ort und Telefonnummer der Krankenversicherung:

---

---

*Angaben zu Sofortmaßnahmen am Freizeitort:*

Zur Linderung und Heilung von Krankheiten oder Unfällen, wie z.B. Mückenstiche, Übelkeit, Bauchweh, etc. verabreicht die Freizeitleitung rezeptfreie Arzneimittel.

- Ja, ich bin damit einverstanden, dass rezeptfreie Arzneimittel verabreicht werden
- Ja, ich bin damit einverstanden. Folgende Medikamente dürfen aber wegen Unverträglichkeit nicht verabreicht werden:

---

- Nein, ich bin nicht damit einverstanden

*Angaben zu Medikamentengabe:*

Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente

- nein
- ja

Wenn ja, welche Medikamente müssen in welcher Dosierung verabreicht werden (Name des Medikaments, Dosierung):

---

---

*Angaben zu Lebensmittel- Unverträglichkeiten und Allergien*

Wir sind bemüht speziell bei der Essenzubereitung auf Unverträglichkeiten und Allergien Ihres Kindes Rücksicht zu nehmen und entsprechende Alternativen anzubieten. Um die entsprechenden Lebensmittel besorgen zu können, bitten wir Sie um nachfolgende Angaben:

Lebensmittel-Unverträglichkeit gegen:

---

---

Die Unverträglichkeit äußert sich wie folgt:

---

---

Allergien:

---

---

Reaktion auf die Allergie äußert sich wie folgt:

---

---

*Anschrift des Hausarztes:*

Name:

---

Tel:

---

Str./Nr.

---

PLZ, Ort:

---

**4. Allgemeine Angaben:**

*Badeerlaubnis?*

- ja
- nein

*Unser Kind ist Schwimmer*

- ja (Schwimmabzeichen: \_\_\_\_\_)
- nein