

Elternerklärung

Bitte ausfüllen und zur Maßnahme mitbringen!

Name des Kindes: _____

Personensorgeberechtigte*r: _____

Straße: _____

Ort: _____

Unter der/den folgenden Telefonnummer/n ist während des Aufenthaltes **jederzeit** jemand zu erreichen:

1. _____ Name: _____

2. _____ Name: _____

Mein/Unser Kind

	Ja	Nein
darf von den Betreuer*inne*n bei kleineren Verletzungen mit Pflastern, Verbänden oder Ähnlichem versorgt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
darf im Krankheitsfalle in ärztliche Betreuung gegeben werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leidet unter ansteckenden Krankheiten → falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verfügt über einen ausreichenden Impfschutz gegen Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leidet unter Allergien → falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
benötigt regelmäßig oder bei Bedarf Medikamente → falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist ein*e sichere*r Schwimmer*in (mindestens Schwimmbzeichen Bronze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
darf unter Aufsicht schwimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
darf in Dreiergruppen ohne Aufsicht den Veranstaltungsort verlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist durch mich/uns haftpflichtversichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist Vegetarier*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
darf Schweinefleisch essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muss sonstige Ernährungsregeln beachten → falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum/Unterschrift der*des Personensorgeberechtigten