Freizeitpass

CIRCARTIVE Pimparello

Familienname	Familienname
Vorname	Vorname
Straße/Nr.	Straße/Nr.
PLZ/Ort	PLZ/Ort
Land	Land
Telefon	Telefon
E-Mail	E-Mail
Geburtsdatum	
Liebe Eltern, wir bitten Sie diesen Freizeitpass sorgfältig auszufüllen. Die Verantwortlichen der Freizeit, sollten über Ihr Kind nähere Einzelheiten wissen, damit wir unsere Aufgaben im Rahmen der Aufsichtspflicht wahrnehmen können.	Adresse Ihres Hausarztes Im Ernstfall sind sachgerechte Informationen oft sehr wichtig. Deshalb ist es sinnvoll, wenn Sie die Anschrift des Hausarztes angeben.
Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind:	Familienname
Fahrrad fährt O ja O nein	Vorname
Reitet O ja O nein	Straße/Nr.
Circus mitmacht O ja O nein	PLZ/Ort
Schwimmen geht O ja O nein	Land
Mein Kind darf nur unter direkter Aufsicht schwimmen (Einzelbetreuung) O	Telefonnummer
	E-Mail
Mein Kind ist ein guter Schwimmer und darf unter normaler Badeaufsicht schwimmen O	**Einverständniserklärung:** Mein Kind ist von mir angewiesen worden, den Anordnungen der Verantwortlichen der Freizeit Folge zu leisten. Eine Haftung bei selbstständigen Unternehmungen, die nicht von den Verantwortlichen angesetzt sind, übernehmen die Erziehungsberechtigten selbst. Mir ist bekannt, dass mein Kund auf meine Kosten nach Hause geschickt werden kann, wenn das Verhalten meines Kindes die Freizeit gefährdet oder undurchführbar macht, oder wenn mein Kind sich durch sein Verhalten selbst gefährdet. Ich versichere, dass mein Kind an keiner ansteckenden Krankheit leidet. Mir ist bekannt, dass während der Freizeit mein Kind im Rahmen des Programms freie Zeit hat, in der mein Kund selbstständig und ohne direkte Aufsicht unterwegs sein darf. Für abhanden gekommene oder verlorene Gegenstände, die meinem Kind gehören, wird keine Haftung übernommen. Unsere Reisebedingungen, sowie der Informationsbrief sind Bestandteil dieser Einverständniserklärung. Ist Ihr Kind Vegetarier? O ja O nein Ist Ihr Kind Vegan? O ja O nein
Angaben für ärztliche Hilfen Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert? Falls keine Krankenversichertenkarte bzw. „internationaler Krankenschein“ vorliegt, werden folgende Angaben benötigt.	
Krankenversicherung	
Versicherungsnummer	
Name der Mutter oder des Vaters, über den Ihr Kind versichert ist	
Ist Ihr Kind geimpft?	
Tetanus O ja O nein ____Tag ____Monat _____Jahr Zecken O ja O nein ____Tag ____Monat _____Jahr	
Es gibt folgende gesundheitlichen Einschränkungen	
Worauf ist aus gesundheitlichen Gründen besonders zu achten	
Ich bin damit einverstanden, dass während der Freizeit Foto- und Videoaufnahmen gemacht werden, die der Veranstalter für vereinseigene Webezwecke verwenden kann: O Ja O Nein	Name, Datum, Ort:
	Unterschrift des Erziehungsberechtigten