FREIZEITPASS

für die EC-Jungscharfreizeit in Blaubeuren, Asch vom 07.08.-14.08.2021

**Den ausgefüllten Freizeitpass inkl. Impfpass oder Kopie des Impfpasses bitte am 07.08.2021 mitbringen.**

|  |
| --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**Die Krankenversicherungskarte bitte fest mit Klebestreifenankleben!**Bsp.: TESADie Versicherungskarte bekommen Sie am Ende der Freizeit natürlich wieder zurück! |
| Name, Vorname |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Straße |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| PLZ, Wohnort |
| Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. |
| Datum der letzten Tetanus-Impfung |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Welche Allergien sind bekannt? Bsp. Bienenstichallergie usw. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Regelmäßig einzunehmende Medikamente |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name, Vorname des Erziehungsberechtigten |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Arbeitgeber des Versicherten |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Krankenkasse |
|  |

|  |
| --- |
| Ich bin damit einverstanden, dass ein/e Mitarbeiter/in bei Bedarf eine Zecke bei meinen Kind entfernt.  |
| [ ] ja [ ] nein  |
| * Sollte nein angekreuzt sein, werden wir einen Arzt aufsuchen.
 |
|  |
| Um Ihrem Kind rezeptfreie Medikamente wie Halstabletten, Wund- oder Stichsalben sowie Pflaster verabreichen zu dürfen, benötigen wir Ihre ausdrückliche Erlaubnis. Ich stimme der Verabreichung von rezeptfreien Medikamenten zu: |
| [ ] ja [ ] nein  |
| * Sollte nein angekreuzt sein, werden wir einen Arzt aufsuchen.
 |
|  |
| Ich bin damit einverstanden, dass die von mir mitgegebenen Medikamente nach Anweisung durch mich, meinem Kind gegeben werden dürfen. |
| [ ] ja [ ] nein  |

|  |
| --- |
| Badeerlaubnis: [ ] ja [ ] nein |
| [ ] Schwimmer [ ] Nichtschwimmer |
| Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift des Erziehungsberechtigten

FREIZEITPASS

für die EC-Jungscharfreizeit in Blaubeuren, Asch vom 07.08.-14.08.2021

**Den ausgefüllten Freizeitpass inkl. Impfpass oder Kopie des Impfpasses bitte am 07.08.2021 mitbringen.**

|  |
| --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**Die Krankenversicherungskarte bitte fest mit Klebestreifenankleben!**Bsp.: TESADie Versicherungskarte bekommen Sie am Ende der Freizeit natürlich wieder zurück! |
| Name, Vorname |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Straße |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| PLZ, Wohnort |
| Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. |
| Datum der letzten Tetanus-Impfung |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Welche Allergien sind bekannt? Bsp. Bienenstichallergie usw. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Regelmäßig einzunehmende Medikamente |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name, Vorname des Erziehungsberechtigten |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Arbeitgeber des Versicherten |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Krankenkasse |
|  |

|  |
| --- |
| Ich bin damit einverstanden, dass ein/e Mitarbeiter/in bei Bedarf eine Zecke bei meinen Kind entfernt.  |
| [ ] ja [ ] nein  |
| * Sollte nein angekreuzt sein, werden wir einen Arzt aufsuchen.
 |
|  |
| Um Ihrem Kind rezeptfreie Medikamente wie Halstabletten, Wund- oder Stichsalben sowie Pflaster verabreichen zu dürfen, benötigen wir Ihre ausdrückliche Erlaubnis. Ich stimme der Verabreichung von rezeptfreien Medikamenten zu: |
| [ ] ja [ ] nein  |
| * Sollte nein angekreuzt sein, werden wir einen Arzt aufsuchen.
 |
|  |
| Ich bin damit einverstanden, dass die von mir mitgegebenen Medikamente nach Anweisung durch mich, meinem Kind gegeben werden dürfen. |
| [ ] ja [ ] nein  |

|  |
| --- |
| Badeerlaubnis: [ ] ja [ ] nein |
| [ ] Schwimmer [ ] Nichtschwimmer |
| Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift des Erziehungsberechtigten