

Name des Kindes: _____



Liebe Eltern,

wir freuen uns, dass Sie ihr Kind für das inklusive Freizeitangebot „Aktiver Samstag“ des CBFs angemeldet haben.

Damit die Veranstaltung ein voller Erfolg wird, bitten wir Sie, uns die folgenden Punkte auszufüllen - **pro Teilnehmer*in** bitte **einen** Bogen.

Gesundheit & Co 1/3

Telefonnummern der Eltern für den Notfall

Ich bin/Wir sind erreichbar unter:

Name _____ ☎ Privat _____
Name _____ ☎ Dienst _____
Name _____ ☎ Privat _____
Name _____ ☎ Dienst _____

Essen

Mein/Unser Kind

... ist Vegetarier*in ja nein
... ist Veganer*in ja nein
... isst Schweinefleisch ja nein

Was sollten wir wissen (Allergien, Lactoseintoleranz, Unverträglichkeiten usw.):

Datum / Unterschrift der Erziehungsberechtigten _____

Name des Kindes: _____

Gesundheit & Co 2/3

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass kleine Verbände bei Verletzungen angelegt, Wunden mit Desinfektionsmitteln eingesprüht und Zecken/Splitter entfernt werden dürfen. Bei schweren Verletzungen wird im Allgemeinen ein Notarzt gerufen. Die Erziehungsberechtigten werden in diesem Fall informiert.

- ja
 nein

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind gegebenenfalls geröntgt oder in ein Krankenhaus gebracht wird, wenn dies von einer Ärzt*in für notwendig befunden wird. In diesem Fall werde ich/werden wir sofort benachrichtigt.

- ja
 nein

Unser Kind leidet nicht an Gesundheitsstörungen, die bestimmte Aktivitäten verbieten. Sollte dies doch der Fall sein, informieren wir die Betreuer/innen hierüber vor Beginn der Maßnahme schriftlich und bei Bedarf im persönlichen Gespräch.

Sollten Medikamente verabreicht werden müssen, füllen Sie bitte die letzte Seite aus.

Bitte teilen Sie uns Allergien, Behinderungen, unzureichende Organleistungen, Krankheiten oder sonstige Umstände, die eine besondere Behandlung ihres Kindes notwendig machen, mit:

Bitte nutzen Sie die Rückseite

Einwilligungserklärungen zur Verarbeitung personenbezogener Daten

(Zutreffendes bitte Ankreuzen)

Hiermit stimme ich

- der Verwendung von Foto-, Ton - und Filmaufnahmen für Öffentlichkeitsarbeit des CBF -Darmstadt
 der Verwendung von Foto-, Ton- und Filmaufnahmen für eine Fotozusammenstellung, welche bspw. als Downloadlink im Nachgang der Angebote allen Teilnehmer*innen der jeweiligen Freizeit zur Verfügung gestellt wird, zu.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann von mir ganz oder teilweise jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ich bin / wir sind darüber informiert, dass der Veranstalter ausschließlich für den Inhalt der eigenen Internetseiten verantwortlich ist. Es besteht und ergibt sich kein Haftungsanspruch gegenüber dem CBF für Art und Form der Nutzung ihrer Internetseiten, z.B. für das Herunterladen von Bildern und/oder Videos und deren anschließende Nutzung durch Dritte. Die Einwilligung gilt unbefristet und ist freiwillig. Aus der Verweigerung der Einwilligung oder Ihrem Widerruf entsteht keine Nachteile.

Achtung: Bei der Einstellung von Fotos Minderjähriger, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, ist neben der Einwilligung der Personensorgeberechtigten auch die Einwilligung des Minderjährigen erforderlich! Wenn beide Elternteile personensorgeberechtigt sind, ist die Einwilligungserklärung von beiden Elternteilen einzuholen. Sollte ein Elternteil gehindert sein, die Unterschrift zu leisten, ist es ausreichend, wenn der andere Elternteil dessen Einverständnis bestätigt.

Datum / Unterschrift der Erziehungsberechtigten _____

Name des Kindes: _____

Liebe Eltern,

wie Sie uns mitgeteilt haben, bekommt ihr Kind gegeben falls ein Notfallmedikament. Wir gehen davon aus, dass dieses von einem Arzt verordnet wurde. Zur Sicherheit und um Fehler zu vermeiden, möchte ich Sie bitten folgendes Formular auszufüllen:

Bezeichnung des Medikaments:
Dosierung:
Lagerung des Medikamentes:
mögliche Nebenwirkungen:
Name und Telefonnummer des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin:
Beschreibung der Fälle, in denen das Medikament verabreicht werden muss:
Eine verständliche Erklärung, woran erkannt werden kann, dass es sich um diesen Notfall handelt und nach welchem zeitlichen Rahmen oder weiteren Kriterien eine zusätzliche Dosis verabreicht werden kann (bitte benutzen Sie auch die Rückseite):
Wie häufig darf die Dosis wiederholt werden:

Wir sind damit einverstanden, dass das oben beschriebene Medikament in dem genannten Notfall verabreicht wird, in diesem Fall werden wir schnellstmöglich informiert.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte