

## Anmeldung SoFa 2023

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Kind

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

an der Sommerfahrt teilnimmt.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Durchgang 12.08.-25.08.2023

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten:

\_\_\_\_\_

Adresse (falls abweichend): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich übertrage mit dieser Anmeldung den Verantwortlichen vor Ort die Aufsicht und Betreuung meines Kindes und erkläre ausdrücklich folgendes:

Ich versichere, dass mein Kind für die Dauer der Ferienfreizeit – mit Ausnahme bei Krankheit bzw. nach Absprache mit der Veranstaltungsleitung – anwesend sein wird.

---

Ort und Datum

Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten

## Besondere Hinweise und Einverständniserklärung

Damit wir allen Teilnehmenden einen möglichst reibungslosen Aufenthalt ermöglichen und auch in herausfordernden Situationen entsprechend reagieren können, bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen vollständig und leserlich in Druckbuchstaben auszufüllen.

Falls sich bei den folgenden Daten bis zum Reiseantritt etwas ändern sollte, sind Sie verpflichtet, uns dies mitzuteilen.

Wir gewährleisten selbstverständlich einen vertraulichen Umgang mit diesen Informationen. Die Daten werden zur Durchführung der Veranstaltung erhoben und anschließend datenschutzkonform vernichtet.

### a) Gesundheitsbogen

Von \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname des Kindes)

#### Allgemeiner Gesundheitszustand und Krankheitsgeschichte

Mein Kind hat

- keine
- folgende körperlichen oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Lebensmittelunverträglichkeiten, Herzleiden, Asthma, Diabetes, Allergien, Sehschwäche, Anfallsleiden, ADHS etc.)

---

---

---

---

---

*(Wenn Ihr Kind eine spezielle Betreuung braucht, geben Sie uns dafür bitte hier Hinweise.)*

#### Medikamente

Mein Kind muss aufgrund unserer eigenen oder einer ärztlichen Verordnung folgende Medikamente einnehmen:

Name des Medikaments	Uhrzeit/ Dosierung	Oder nach Bedarf

Mein Kind hat folgende Unverträglichkeiten gegen Medikamente:

---

---

Impfungen:

Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft:  ja  nein

Ggf. Datum der letzten Schutzimpfung: \_\_\_\_\_

Arzt/Ärztin- und Krankenhausbesuch

Sollte Ihrem Kind etwas zustoßen und eine ärztliche Behandlung oder ein ambulanter/ stationärer Aufenthalt in einem Krankenhaus erforderlich werden, werden die Teamer\*innen versuchen, unverzüglich mit Ihnen Kontakt aufzunehmen.

Haupttelefon für den Notfall: \_\_\_\_\_  
*(Sie haben bei der Anmeldung schon eine oder mehrere Telefonnummern angegeben. Bitte notieren Sie hier die Nummer, unter der Sie am besten erreichbar sind.)*

Mein Kind ist Mitglied in folgender Krankenkasse: \_\_\_\_\_

und ist versichert über

- die Mutter
- den Vater
- Sorgeberechtigte\*r
- Selbstversichert

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Hausarzt/-ärztin des Kindes: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie mindestens eine weitere Kontaktperson an, welche im Notfall kontaktiert werden kann:

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

Verwandt – oder Bekanntschaftsgrad zum Kind: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass vom medizinischen Fachpersonal für dringend erachtete ärztliche Maßnahmen veranlasst werden können, wenn mein Einverständnis aufgrund besonderer Umstände nicht mehr rechtzeitig vor der Maßnahme eingeholt werden kann.

ja

nein

Zudem erkläre ich hiermit, dass mein Kind zurzeit nicht an einer ansteckenden Krankheit nach §34 des Infektionsschutzgesetzes (z.B. Masern, Windpocken, Röteln, Keuchhusten, Scharlach usw.) leidet.

Des Weiteren erkläre ich, dass ich unverzüglich Kontakt aufnehmen werde, wenn mein Kind oder ein Familienmitglied in den letzten 6 Wochen vor Beginn der Ferienfahrt an einer solchen ansteckenden Krankheit erkrankt oder von Läusen befallen ist.

Mir ist bewusst, dass eine solche ansteckende Erkrankung die Teilnahme meines Kindes an der Ferienfreizeit ausschließt oder – sollte die Erkrankung am Ort der Ferienfreizeit eintreten – ggf. eine vorzeitige Heimreise Ihres Kindes erforderlich werden kann.

Ich verpflichte mich, alle Krankenhilfekosten zu erstatten, die im Bedarfsfall verauslagt worden sind, wenn sie nicht von der Krankenversicherung übernommen werden.

Ich verpflichte mich ebenfalls, meinem Kind seinen Impfpass sowie die Versicherungskarte zum Antritt der Fahrt mitzugeben.

---

Ort und Datum

Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten

## b) Weitere Erklärung des/ der Sorgeberechtigten

Mein Kind ist:  Schwimmer\*in  Nichtschwimmer\*in

und hat folgendes Schwimmbzeichen: \_\_\_\_\_

Mein Kind darf

- unter Aufsicht der Teamer\*innen an gemeinsamen Schwimmveranstaltungen teilnehmen
- überhaupt nicht schwimmen

In den zwei Wochen der SoFa werden wir uns überwiegend vegetarisch ernähren. Sollte Ihr Kind in dieser Zeit nicht auf Wurst oder Fleisch verzichten wollen, oder andere Essgewohnheiten (vegan, Verzicht auf Schweinefleisch etc.) hegen, bitten wir Sie, dies entsprechend anzukreuzen.

Mein Kind soll sich

- vegan
- mit Fleisch
- ohne Schweinefleisch
- (Sonstiges) \_\_\_\_\_ ernähren.

Mein Kind darf sich ohne Aufsichtsperson nach ordnungsgemäßigem Abmelden von der Gruppe entfernen:

- ja, in kleinen Gruppen von mindestens 3 Personen
- nein

Weitere Bemerkungen zu meinem Kind (psychische Auffälligkeiten, Einnässen etc.)

---

---

Mir ist bekannt, dass die Sorgeberechtigten für Schäden, die durch Verstöße gegen Anordnungen auftreten, gegebenenfalls haften müssen.

Ferner ist mir bekannt, dass bei groben Vergehen oder Zuwiderhandlungen die Kosten einer vorzeitigen Heimfahrt von mir übernommen werden müssen.

Darüber hinaus haben wir unser Kind ermahnt, den Anordnungen der Teamer\*innen Folge zu leisten.

---

Ort und Datum

Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten