

Einverständniserklärung

- Meinem/Unserem Kind ist bewusst, dass die Aufsichtspflicht der Mitarbeitenden nur für die gemeinsame Zeit während der WogeLe gilt und nicht für sonstige wöchentliche Veranstaltungen.
- Mein/Unser Kind ist von mir/uns angewiesen worden, den Anordnungen der Mitarbeitenden Folge zu leisten. Eine Haftung bei selbständigen Unternehmungen, die nicht von den Verantwortlichen angesetzt sind, übernimmt der/die Sorgeberechtigte.
- Mein/Unser Kind ist frei von ansteckenden Krankheiten.
- Mir/Uns ist bekannt, dass während der WogeLe die Teilnehmenden freie Zeit haben, in der sie selbständig und ohne direkte Aufsicht unterwegs sind.
- Mir/Uns ist bewusst, dass mein/unser Kind bei Nichteinhaltung der Regeln und Anweisungen nach Hause geschickt wird.
- Ich/Wir haben unser Kind darüber in Kenntnis gesetzt, dass für abhanden gekommene oder verlorene Gegenstände keine Haftung übernommen wird.
- Wir/Ich habe(n) die Regeln mit meinem/unserem Kind gemeinsam gelesen und besprochen

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte

Datum, Unterschrift Teilnehmer/in

Verbindliche Anmeldung

Vor- und Nachname des Teilnehmenden

Adresse

Geburtsdatum

Notfallnummer Erziehungsberechtigte(r)

Worauf muss geachtet werden?

Vegetarier: Ja Nein

Sonstiges: (Allergien, Krankheiten, Medikamente etc.)

Badeerlaubnis

Ja, unter Aufsicht Nein

Schwimmer/in Nichtschwimmer/in

Angaben für ärztliche Hilfe

Umgang mit Verletzungen und Medikamenten

Um bei Bedarf Ihrem Kind rezeptfreie Medikamente wie Kopfschmerztabletten, Halstabletten, Wund- oder Stichtsalbe sowie Pflaster und einen Erste-Hilfe-Verband verabreichen oder eine Zecke entfernen zu dürfen, benötigen wir Ihre Zustimmung. **Hinweis:** Bei größeren Problemen nehmen wir auf jeden Fall Kontakt mit Ihnen oder einem Arzt vor Ort auf. Geben Sie hier keine Zustimmung, sind wir gezwungen Ihr Kind bei jeder Verletzung (z.B. Wespenstich) zum Arzt zu bringen.

Ich stimme Erste Hilfe Maßnahmen bei Insektenstichen, Verletzungen und der Ausgabe von Medikamenten, Pflaster und einem Erste-Hilfe-Verband wie oben beschrieben zu.

Ja Nein

Krankenversicherung:

Name der Krankenkasse

Krankenversicherungsnummer

Name desjenigen, über dessen das Kind versichert ist

Name, Telefonnummer und Adresse des Hausarztes:

Wochenplan

Bitte trage ein, welche Termine Du voraussichtlich, während der WogeLe hast, damit wir wissen wann Du da bist (Bsp. Musikunterricht, Training).

Montag	Dienstag	Mittwoch
Donnerstag	Freitag	Samstag

Wichtiger Hinweis zu aufgenommenen Bildern, während der WogeLe:

Ich bin damit einverstanden, dass Bilder von mir/meinem Kind gemacht und gespeichert werden. Werden die Bilder für andere Zwecke gebraucht oder weiterverwertet, werde ich darüber in Kenntnis gesetzt.

Ja Nein