**Anmeldung zum VfB-Zeltlager 26. Juli bis 03. August 2024**

**Wichtige Information:**

Die ausgefüllte und unterschriebene Anmeldung, die Krankenversicherungskarte und der Impfausweis **müssen** zu Beginn der Freizeitmaßnahme vorliegen. Die Verantwortlichen der Freizeit haben damit wichtige Informationen und können ihre Aufgabe im Rahmen der Aufsichtspflicht ordnungsgemäß wahrnehmen. Die Angaben werden im Sinne des Datenschutzes behandelt.

**Angaben zum/zur Teilnehmer/-in (TN)**

**Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Straße \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ und Wohnort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefon mit Vorwahl \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobiltelefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ T-Shirt Größe\_\_\_\_\_\_\_\_**

**E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vegetarisches Essen O ja O nein**

**Besonderheiten bei der Ernährung** (Allergien, Unverträglichkeiten etc.)

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

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

**Krankenversicherung**

**Der TN ist gesetzlich versichert O privat versichert O Versicherungskarte vorhanden O**

**Name des Hausarztes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon** (mit Vorwahl) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sorgeberechtigte/-r (SB)**

**Name aller Sorgeberechtigten \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresse** (wenn anders als oben) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Telefon privat** (mit Vorwahl) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Telefon tagsüber** (mit Vorwahl) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mobiltelefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sonstige Angaben**

**Der/die TN wurde bereits gegen Tetanus geimpft Ja, am \_\_\_\_\_\_\_\_ Nein O**

**Der/die TN wurde gegen FSME (Zeckenimpfung) geimpft Ja, am \_\_\_\_\_\_\_\_ Nein O**

**Der/ die TN wurde gegen Covid-19 geimpft Ja, am \_\_\_\_\_\_\_\_ Nein O**

**Zecken dürfen mit einer Zeckenzange/-Karte entfernt werden Ja O Nein O**

**Im Falle eines Zeckenbisses bitte ich um telefonische Rücksprache Ja O Nein O**

**Der/die TN hat folgende Krankheiten/Allergien/Unverträglichkeiten**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Der/die TN nimmt regelmäßig/bei Bedarf selbstständig** (keine Verabreichung durch Betreuer) **folgendes ein:**

**Medikament: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosierung/Zeitpunkt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Medikament:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dosierung/Zeitpunkt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sollte der/die TN Medikamente von den Betreuern verabreicht bekommen, bitten wir um eine vom Arzt ausgefüllte und unterschriebene Medikamentenverabreichung.**

**Dieser Anmeldung ist als Anlage eine Medikamentenverabreichung beigefügt. Ja O Nein O**

**Badeerlaubnis im Bedarfsfall**

**Der/die TN darf an Schwimmveranstaltungen unter Aufsicht teilnehmen Ja O Nein O**

**Der/die TN kann schwimmen Ja O Nein O**

**Erlebnispädagogische Maßnahmen im Bedarfsfall**

**Der/die Teilnehmerin darf an Erlebnispädagogischen Maßnahmen teilnehmen Ja O Nein O**

(z.B. Abseilen mit Sicherung, Klettern mit Sicherung, Kistenstapeln mit Sicherung)

**Sonstiges/Bemerkungen**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Einverständniserklärung**

Der/die TN darf an der Maßnahme teilnehmen und ist von dem/der bzw. den SB angewiesen worden, den Anordnungen der Verantwortlichen des Freizeitlagers Folge zu leisten. Mir/uns ist bekannt:

* dass der/die TN seinem/ihrem Alter angemessenen Freiraum zur eigenen Gestaltung ohne Aufsicht innerhalb und außerhalb des Freizeitgeländes in eigener Verantwortung erhält.
* dass eine Haftung für selbstverschuldete Unfälle, bei Fällen höherer Gewalt, sowie für verlorene und gestohlene Gegenstände nicht übernommen werden kann.
* dass das Jugendschutzgesetz zwingend eingehalten wird.
* dass ich/wir als SB für die Abholung des/der TN nach Ende der Freizeit am vereinbarten Ort und zur vereinbarten Zeit (ist der Freizeitausschreibung zu entnehmen) selber Sorge zu tragen haben.
* dass die für die Organisation der Veranstaltung benötigten Teilnehmerdaten mittels EDV erfasst werden.
* dass ich der Veröffentlichung von Fotos zu Informations- und Werbezwecken (Homepage) zustimme (Widerspruch bitte schriftlich).

**Die Teilnahmebedingungen sind Bestandteil dieser Einverständniserklärung. Ich/wir habe/n von diesen Informationen Kenntnis genommen und den/die TN entsprechend informiert.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ort, Datum Unterschrift der Sorgeberechtigten

**Anmeldungen an Tim Sieg, Prof. Schloßstein Straße 5, 76855 Annweiler am Trifels oder per Mail an freizeitlager@vfbannweiler.de**