

CVJM Pfalz Scoutsabenteuer

10.-12. Juli 2026

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon Eltern: _____

Scouts-Stamm
(falls vorhanden) _____

E-Mail: _____

Weitere Kontakte: _____

(Fachkraft ambulante Familienhilfe, Integrationskraft, Stationäre Einrichtung, Andere)

Allergien, Ernährungsbesonderheiten, Erkrankungen, Behinderung:

Besonderheiten im Verhalten des Kindes, besondere Bedürfnisse:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Freizeitpass

Reisebedingungen:

https://www.cvjm-reisen.de/resources/ecics_175.pdf

[] Ich habe die Reisebedingungen gelesen und akzeptiere diese.

Datenschutz:

<https://www.cvjm-pfalz.de/website/de/v/pfalz/datenschutz>

[] Ja, ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Einverständniserklärungen

1. Mein Kind ist von mir angewiesen worden, den Anordnungen der Verantwortlichen der Freizeit Folge zu leisten. Eine Haftung bei selbständigen Unternehmungen, die nicht von den Verantwortlichen der Freizeit angesetzt sind, übernimmt der/die Erziehungsberechtigte selbst.
2. Mir ist bekannt, dass mein Kind auf meine Kosten nach Hause geschickt werden kann, wenn das Verhalten die Freizeit gefährdet oder undurchführbar macht oder wenn sich mein Sohn / meine Tochter selber gefährdet.
3. Ich versichere, dass mein Kind an keiner ansteckenden Krankheit leidet.
4. Für abhanden gekommene oder verlorene Gegenstände wird keine Haftung übernommen.

Ich habe diese Informationen zur Kenntnis genommen und meine Tochter / meinen Sohn entsprechend informiert.

Datum, Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Fotoerlaubnis

Auf der Freizeit gemachte Bilder und Videos dürfen für Publikationen und Internetauftritte vom CVJM Pfalz e.V. und der Ev. Jugend verwendet werden.

O ja O nein

Datum, Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Freizeitpass

Folgendes bitte sorgfältig ausfüllen, damit die Verantwortlichen der Freizeitmaßnahme über das Wichtigste informiert sind.

Notfallkontakt/-nummer: _____

Angaben für Ärztliche Hilfe:

Ist der/die Teilnehmer/in gegen [] Ja

Tetanus (Wundstarrkrampf)* geimpft? [] Nein

Wenn Ja, wann? (Datum angeben) _____

Blutgruppe :* _____ Rhesusfaktor: * _____

* Falls bekannt bitte eintragen; entsprechende Bestätigungen und/oder Fotokopien beilegen.

Falls keine Krankenversichertenkarte vorliegt, werden folgende Angaben benötigt:

Name der/des Erziehungsberechtigten: _____

Krankenversicherung:(z.B. AOK, DAK) _____

Arbeitgeber: _____

Anschrift des Hausarztes:

_____/_____

Name Telefon

_____/_____

Straße Ort

Badeerlaubnis

Mein Kind darf im Rahmen des Scoutsabenteuers vom CVJM Pfalz e.V. am Event am See teilnehmen.

Mein Kind ist: ☐ Schwimmer
☐ Nicht-Schwimmer

Und hat bereits: ☐ das Seepferdchen
☐ den Schwimmpass

Mein Kind darf: ☐ nur mit Schwimmhilfe ins Wasser
☐ ohne Schwimmhilfe ins Wasser

Beim Event wird voraussichtlich eine Rettungsweste zur Sicherheit angelegt, dazu benötigen wir folgende Erlaubnis:

Mein Kind darf: ☐ mit Rettungsweste auf den See

Medikamentenerlaubnis

Meine Tochter /mein Sohn muss laut ärztlicher Verordnung täglich folgende Medikamente einnehmen:

Medikament:

Einnahmehinweis:

(z.B.: morgens, mittags, ..., vor/nach den Mahlzeiten)

Medikament:

Einnahmehinweis:

(z.B.: morgens, mittags, ..., vor/nach den Mahlzeiten)

Medikament:

Einnahmehinweis:

(z.B.: morgens, mittags, ..., vor/nach den Mahlzeiten)

Hiermit erkläre ich die Richtigkeit meiner Angaben. Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Mitarbeitenden des CVJM Wölflingslagers meinem Kind die Medikamente geben dürfen.

(Ort/Datum)

(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)

Zecken- und Insektenstachelentfernung

Wir weisen darauf hin, dass wir - gemäß der aktuellen Erste Hilfe Maßnahmen - Zecken und Insektenstachel sofort entfernen.

Zur Behandlung von leichten Verbrennungen, Sonnenbrand und Mückenstichen verwenden wir Hansaplast Pflaster, Bepanthen Wund- & Heilsalbe sowie Fenistil Gel.

Bitte informieren Sie uns, falls Sie damit nicht einverstanden sind, oder bei Ihrem Kind eine Allergie gegen einen der Wirkstoffe bekannt ist.

Ich erkläre mich mit den angeführten Notfallmaßnahmen einverstanden.

(Ort/Datum)

(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)