

Folgende Angaben sind wichtig, um die Aufsichtspflicht übernehmen zu können.
Sie sind maßgeblich zur Planung von dem Personalbedarfes und der Ausstattung für Freizeiten.
Der Fragebogen wird von unseren Betreuern*innen DSGVO konform verwahrt.
Das Personal hat eine Verschwiegenheitsklausel unterschrieben.
4 Wochen nach Beendigung der Maßnahme werden die Fragebögen datenschutzkonform vernichtet.

Teilnehmerfragebogen

Name des/der TN: _____ Geburtsdatum: _____

Welche **Freizeit**/Datum: _____

Angaben zu den Eltern/Sorgeberechtigten:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Die/Der Erziehungsberechtigte(n) sind während der Ferienmaßnahme unter folgenden
Telefonnummern im Notfall zu erreichen:

1.Tel: _____ 2.Tel: _____

Krankenversicherung:

Krankenversicherung des Kindes: _____

Hauptversicherter: _____

Hausarzt (Name, Adresse): _____

Mein Kind ist gesund

O ja

O nein

Mein Kind hat folgende Impfungen:

Tetanus (empfohlen): _____

Jahr

FSME zecken (empfohlen): _____

Jahr

Sonstige: _____

Name und Jahr

Bitte Kopie von Impfpass und Krankenkarte beilegen!!

Leidet Ihr Kind an Allergien/Überempfindlichkeiten? O ja O nein

Wenn ja, welche? _____

(evtl. vorhandenen Allergiepass in Kopie mitgeben)

Bitte beschreiben Sie die Auswirkungen der Allergie(n):

Welche Vorgehensweise empfehlen Sie uns im Falle des Auftretens?

Gesundheitlichen Besonderheiten (Krankhafte Veränderungen (auch Brüche) bei Knochen, Bändern, Gelenken, Herz- und Kreislaufsystem etc.):

Empfindlichkeiten auf folgenden Gebieten (z.B. Erkältung, Hals-, Nasen-, Ohrenempfindlichkeit, Kopfschmerzen, Sonnenbrand, Bronchitis etc.):

Mein Kind ist auf die Einnahme von Medikamente angewiesen: O ja O nein

Wenn ja, welche: _____

**Bitte bringen Sie eine ärztliche Bestätigung und einen Einnahmeplan des Arztes mit.
Die Gabe von Medikamenten ist seit einigen Jahren, allen nicht Sorgeberechtigten verboten.
Ausnahmen müssen schriftlich vom Arzt mit Dosierungsangaben ausgestellt werden (Notfallsets).**

- Sollte im Falle eines Unfalls oder Krankheit die Behandlung eines Arztes erforderlich sein, gebe ich/wir hiermit die Erlaubnis. Entscheidungen über die Art der Behandlung (Medikamentengabe, Infusion, Injektion usw.) trifft der Arzt, sollten Sie nicht erreichbar sein.
- Wir sind damit einverstanden, dass die Kopien der Krankenkarte, des Impfausweises und des TN-Fragebogens an den behandelten Arzt weitergegeben werden.

Sind bei ihrem Kind evtl. psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bekannt (z.B. Essstörungen, Bettnässen, Angstattacken, Epilepsie, ADHS usw.).
Gegebenenfalls werden wir Sie kontaktieren.

Ja Nein

Gibt es körperliche Einschränkungen, auf die wir achten sollen/müssen:

Ja Nein

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

Mein Kind darf unter Aufsicht baden/schwimmen:

ja

nein

Er/sie ist:

guter Schwimmer

schwacher Schwimmer

Nichtschwimmer

Verpflegung:

Vegetarisches Essen

Veganes Essen

Kein Schweinefleisch

Unverträglichkeiten: _____

Wir haben Kenntnis davon, dass unser Kind während der Freizeit nicht ständig von den Betreuern/innen überwacht wird. Das Maß der Aufsichtspflicht richtet sich nach Alter, Einsichtsfähigkeit und Verantwortungsbewusstsein der Kinder.

Wir haben unser Kind darauf hingewiesen, dass den Betreuer/innen Folge zu leisten ist.

Wir/Ich erkläre(n), dass die vorstehenden Fragen gewissenhaft beantwortet wurden.

Wir verpflichten uns Änderung des Gesundheitszustandes bei Beginn der Maßnahme zu melden.

(Ort/Datum)

(1. Unterschrift Sorgeberechtigte)

(2. Unterschrift Sorgeberechtigter)