Freizeit-Pass & Einverständniserklärung

WÖLA 2026 Name der Veranstaltung	**19. bis 21. Juni 2026** Zeitraum

Familienname			
Vorname			
Straße		Buchungsnummer	
Postleitzahl	Wohnort, evtl. Land		
Geb.- Datum		Geschlecht	
Tel. Festnetz	Mobil		

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigten, liebe Teilnehmenden,

Qualität und Sicherheit unserer Veranstaltungen sind uns ein besonderes Anliegen. Die Aufsicht über Ihre Tochter/Ihren Sohn wollen wir inhaltlich angemessen, den Interessen Ihrer Tochter/Ihres Sohnes und der anderen Teilnehmenden entsprechend wahrnehmen. Hierzu benötigen wir konkrete Informationen von Ihnen sowie Ihre Einwilligung. Wir bitten Sie daher, diesen Freizeit-Pass vollständig und sorgfältig auszufüllen. Nur die Verantwortlichen und die Verwaltung der Veranstaltung erhalten in diesen Freizeit-Pass Einsicht. Bei Bedarf ergänzen Sie weitere Hinweise bitte auf einem Beiblatt. (Bei volljährigen Teilnehmern bitte auch ausfüllen!)

Ihre Freizeitleitung

Erreichbarkeit des/der Sorgeberechtigten während der Veranstaltung

Familienname			Mobil-Telefonnummer
Vorname			E-Mail Adresse
Straße	Hausnummer		Name von Verwandten, FreundInnen, Nachbarn usw., die im Notfall weiterhelfen könnten
Postleizahl	Wohnort, evtl. Land		Mobil-Telefonnummer

Verpflegung

___ keine Einschränkung	___ vegetarisch	___ Unverträglichkeiten:_____

Gesundheitsfürsorge

Krankenversichert bei folgender ___ privaten ___gesetzlichen Krankenkasse:

Name der Krankenkasse	Versicherungsnummer

Name der/des Familienangehörigen, über den die oben genannte Person versichert ist:

Familienname	Vorname

___ **die Versichertenkarte ist dem Freizeit-Pass beigelegt und wird zur Veranstaltung mitgebracht.**

~~Besteht eine private **Auslandskrankenversicherung**? ___ JA ___ NEIN~~

~~Name der Auslandskrankenversicherung~~	~~Versicherungsnummer~~

Kontaktdaten der Hausärztin oder des Hausarztes:

Name und Kontaktdaten

Impfungen

Bitte den Impfpass oder eine Kopie des Impfpasses beilegen

Geimpft gegen Tetanus/Wundstarrkrampf? ___NEIN ___JA

Letztes Impfdatum:_____

Geimpft gegen Covid-19 ___NEIN ___JA 1x | 2x | 3x

Geimpft gegen FSME (Zeckenbiss)? ___NEIN ___JA

Letztes Impfdatum:_____

Ich bin damit einverstanden, dass eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter eine Zecke bei meiner Tochter/meinem Sohn entfernen darf

___JA ___NEIN Ist NEIN angekreuzt, dann gehen die Mitarbeitenden mit Ihrem Sohn/Ihrer Tochter zu einer Ärztin/einem Arzt.

Folgende ärztliche Atteste sind beigefügt:

Medikamente

Generell dürfen verschreibungspflichtige Medikamente nur nach einer Anamnese durch eine Ärztin/einen Arzt verabreicht werden. Daran halten wir uns. Sollte Ihre Tochter/Ihr Sohn Medikamente während der Veranstaltung einnehmen, informieren sie uns bitte darüber. Wenn wir die Einnahme des Medikamentes aus einem besonderen Grund sicherstellen sollen, brauchen wir von Ihnen dazu folgenden Auftrag:

Worauf muss besonders geachtet werden?

(z.B. Allergien, Lebensmittelunverträglichkeiten, Behinderungen, Herzfehler, Hitzeempfindlichkeit, Bettnässen, Medikamentenunverträglichkeit, Abhängigkeit von Medikamenten und Rauschmitteln (bei unter 18jährigen gilt hier auch Nikotin), ADS/ADHS, Zahnspange, Verhalten usw. (ggf. gesonderte Mitteilung beifügen). Ggf. können ärztliche Atteste beigefügt werden.

Sollte Ihre Tochter/Ihr Sohn Medikamente während der Veranstaltung einnehmen, informieren Sie uns bitte darüber:

Name des Medikamentes

☐ nimmt meine Tochter/mein Sohn selber ein ☐ **soll von Mitarbeitenden verabreicht werden**

Dosierung	**Warnhinweise**

Verabreichung rezeptfreier Medikamente durch die Mitarbeitenden der Veranstaltung

Bei Bedarf können wir Ihrer Tochter/Ihrem Sohn rezeptfreie Medikamente wie Kopfschmerztabletten, Halstabletten, Wund- und Stichsalbe verabreichen oder eine Zecke entfernen, bedürfen hierzu aber Ihrer ausdrücklichen Zustimmung. Hinweis: Bei größeren Problemen nehmen wir in jedem Fall Kontakt mit Ihnen oder einer Ärztin/einem Arzt vor Ort auf. Wenn Sie uns keine Zustimmung geben, müssen wir Ihre Tochter/Ihren Sohn bei jeder Verletzung (z.B. Wespenstich) zur Ärztin/zum Arzt bringen.

Ich stimme der Verabreichung von rezeptfreien Medikamenten zu ____**NEIN** ____**JA**

Informationen und Einwilligungen des/der Sorgeberechtigten an den Veranstalter

- Der Veranstalter übernimmt keine Haftung für abhanden gekommene, beschädigte oder verlorene Gegenstände, die meiner Tochter/meinem Sohn oder einem Dritten gehören, es sei denn, dass dem Veranstalter ein Verschulden anzulasten ist.
- Wenn meine Tochter/mein Sohn mit ihrem/seinem Verhalten die Veranstaltung gefährdet oder durch sein Verhalten sich selbst oder andere gefährdet, kann der Veranstalter meine Tochter/meinen Sohn auf meine Kosten nach Hause schicken. In diesem Fall ist der Veranstalter berechtigt, den Vertrag der Teilnahme an dieser Veranstaltung fristlos zu kündigen. Die vom Veranstalter eingesetzten Leiter und Leiterinnen oder sonstige Verantwortlichen sind ausdrücklich bevollmächtigt, Abmahnungen und Kündigungen namens des Veranstalters vorzunehmen. Die zusätzlich entstandenen Kosten gehen in diesem Fall zu Lasten des Gekündigten. Sind mit Ihnen bzw. mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn Teilnahme- oder Reisebedingungen rechtswirksam vereinbart worden, dann gelten in Ergänzung zu den vorstehenden Erklärungen die dortigen Regelungen zur Kündigung des Teilnahme- oder Reisevertrages.
- Meine Tochter/mein Sohn ist von mir angewiesen worden, den Anordnungen der Verantwortlichen der Veranstaltung Folge zu leisten. Mir ist bekannt, dass der Veranstalter für Folgen von selbstständigen Unternehmungen und dadurch verursachte Schäden nicht haftet.
- Mir ist bekannt, dass die Teilnehmenden während der Veranstaltung im Rahmen des Programmes und ihrem Alter entsprechend freie Zeit haben, in der sie selbstständig und ohne direkte Aufsicht unterwegs sind.
- Ich versichere, dass meine Tochter/mein Sohn an keiner ansteckenden Krankheit leidet und frei von Ungeziefer (z.B. Kopfläusen, Flöhen) ist bzw. zur Veranstaltung kommt.
- Meine Tochter/mein Sohn darf unter Aufsicht schwimmen gehen: _____NEIN ____JA
- Meine Tochter/mein Sohn ist Schwimmer: _____NEIN ____JA
- Meine Tochter/mein Sohn nimmt an dem gesamten Programm der Veranstaltung teil und verhält sich gemäß den Regeln und Anweisungen der Mitarbeitenden.
- Meine Tochter/mein Sohn ist haftpflichtversichert. _____NEIN ____JA

Meine Tochter/mein Sohn und ich/wir haben diese Informationen zur Kenntnis genommen. Mit der Unterschrift bestätigt der/die Sorgeberechtigte/n, dass die Informationen akzeptiert werden und alle Angaben richtig und vollständig sind.

Als AlleinunterzeichnerIn bestätige ich gleichzeitig, dass ich alleinige/r Sorgeberechtigte/r bin, bzw. vom anderen Sorgeberechtigten (anderen Elternteil) mit der Angabe der entsprechenden Erklärungen beauftragt bin und in dessen Kenntnis und Einverständnis handle.

Datum	Unterschrift des/der Sorgeberechtigte(n) (beide Elternteile)/oder volljährigen Teilnehmenden

Anlage: Einverständniserklärung zur Verwendung von Fotos

Einverständniserklärung zur Verwendung von Fotos

Auf der Freizeitmaßnahme werden durch Mitarbeitende und Teilnehmende viele Fotos zu Erinnerungszwecken gemacht. Sicher wird auch Ihr Kind (bzw. bei Volljährigkeit Du selbst) auf einigen Bilder zu erkennen sein.
Da das Recht am eigenen Bild ein Teil des vom Gesetz geschützten allgemeinen Persönlichkeitsrechts (§ 22, Kunsturheberrechtsgesetz) ist, gilt der Grundsatz, dass Fotos nur mit Einwilligung des Abgebildeten verbreitet oder veröffentlicht werden dürfen. Es handelt sich um eine rechtsgeschäftliche Willenserklärung. Deshalb muss bei Minderjährigen eine Einwilligung durch den gesetzlichen Vertreter erklärt werden. Bei volljährigen Teilnehmenden reicht die Einwilligung des Teilnehmenden selbst.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Fotos, auf denen Ihr(e) Sohn/Tochter zu erkennen ist, zu den im Folgenden genannten Zwecken verwendet werden dürfen und verzichten zugleich ausdrücklich auf eine Vergütung der veröffentlichten Fotos und Videosequenzen:

- Verwendung der Bilder und kurzen Videos durch den Veranstalter in seinen Publikationen und zum Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit (Print und Internet)
- Bilder auf CD/Speichermedium zur Weitergabe an Freizeitteilnehmer zu privatem Gebrauch (ohne das Recht, sie eigenständig in sozialen Netzwerken zu veröffentlichen).

(ggf. einzelne Punkte streichen)

Hinweis:
Es besteht für den Veranstalter keine Verpflichtung zur Veranlassung der Beseitigung in Suchmaschinen, Social-Media-Portalen, Bildportalen oder sonstigen digitalen Medien (z.B. Facebook, Twitter, Instagram, WhatsApp), soweit der Veranstalter die Einstellungen dort nicht selbst vorgenommen oder aktiv veranlasst hat. Auf Fotos und Videos, die die Teilnehmenden machen, hat der Veranstalter keinen Einfluss; er ist nicht verpflichtet, diesbezüglich Verbote oder Gebote auszusprechen bzw. Kontrollen vorzunehmen.

Name des Teilnehmenden (Vor- und Zuname)	Geburtsdatum
Datum	Unterschrift des/der Sorgeberechtigte(n) (beide Elternteile) oder volljährigen Teilnehmenden

Den Freizeitpass zum WÖLA mitbringen und beim Leiter abgeben.

Bitte bringen deine Versichertenkarte und gegebenenfalls Medikamente zu der Veranstaltung mit (und geben sie diese ggf. bei dem Gruppenleiter ab)**.**

Pfadfinderbüro FeGN
Zur Waldwiese 2
21521 Aumühle

04104 908541
0175 4057690

pfadfinder@online.de