

Personalbogen Ameland 2016

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____
Geb. Datum: _____

Krankenversicherung

Name des Versicherten:

Wirksamer Tetanusschutz: JA / NEIN ; letzte Impfung: _____

Medikamenteneinnahme: JA / NEIN ; wenn Ja, welche: _____

Besondere Hinweise gesundheitlicher Art (Allergien etc.)

Hiermit erkläre ich mich einverstanden/ bestätige ich, dass meine Tochter / mein Sohn:

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • sich in einer Gruppe von mind. drei Personen vom Haus entfernen darf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • schwimmen kann | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • beaufsichtigt schwimmen gehen darf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges

	JA	NEIN
Meine Tochter/mein Sohn ist Vegetarier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vom **12.07.** – **23.07.2016** sind wir unter folgender Adresse erreichbar:

Name: _____
Straße: _____
PLZ/ Ort: _____
Telefon: _____

Wir sind mit der Teilnahme unserer Tochter/ unseres Sohnes an der Ferienfreizeit des Jugendwerks Heek e.V. einverstanden. Auch sind wir mit der Veröffentlichung von Fotos unserer Tochter/unseres Sohnes in den öffentlichen Medien, wie Zeitung und Homepage, einverstanden.

Des weiteren nehmen wir zur Kenntnis, dass die Haftung für Unfälle aufgrund höherer Gewalt, Ungehorsam sowie solche, die während der Freizeit eintreten, bei der direkte Beaufsichtigung nicht möglich ist, sowohl seitens des Jugendwerks Heek e.V., als auch der Begleiter ausgeschlossen ist. Sollte unsere Tochter / unser Sohn die Feriengemeinschaft derart stören oder sich der Ferienordnung bzw. den Anweisungen der Begleiter grob widersetzen, wird sie bzw. er auf eigene Kosten und Verantwortung der Erziehungsberechtigten und ohne jegliche Kostenrückerstattung zurückgeschickt bzw von uns Erziehungsberechtigten abgeholt. Für die Dauer der Ferienfreizeit legen wir es in das Ermessen des behandelnden Arztes, ob unsere Tochter / unser Sohn bei einem Unfall oder Krankheit geimpft oder operiert werden kann (Falls Rücksprache möglich, wird dies in jedem Fall geschehen).

Ort, Datum und Unterschrift eines Erziehungsberechtigten