

## wichtige Mitteilungen / Besonderheiten

Bitte vermerken Sie hier Dinge, die unsere Mitarbeiter/innen wissen oder besonders beachten müssen!

z. B. Zahnsperre tragen, Bettnässer/in, Hitzeempfindlichkeit, Medikamente, die eingenommen werden müssen, Allergien, sonstige Besonderheiten, Verhaltensweisen

---

---

---

---

---

---

---

---

Dieser gewissenhaft und lückenlos ausgefüllte Freizeitpass hilft unseren Mitarbeiter/innen bei Ihrer Betreuungsaufgabe während der Freizeit und bei Notfällen.

Wir bitten Sie, ihn uns zu Beginn der Freizeit zu übergeben, damit evtl. noch weitere Absprachen/Klärungspunkte vorab besprochen werden können.

Der Pass wird nach Ende der Freizeit an die /den Teilnehmer/in zurückgegeben

### *Unsere Anschrift:*

Evangelische Jugend Wehrheim

Peter Bergmann

Oranienstraße 8a

61273 Wehrheim

Tel. 06081/9528-26 Fax: 06081/9528-27



Evangelische  
Jugend  
Wehrheim

Freizeit-Pass  
für

Vorname Name

Straße

PLZ

Ort

Geb.Datum

Telefon

"Meine Tochter / mein Sohn ist von mir angehalten, den Anordnungen der Mitarbeiter/innen während der Freizeit unbedingt Folge zu leisten. Eine Haftung bei selbständigen Unternehmungen, die nicht von den Verantwortlichen angesetzt sind, übernimmt der / die Erziehungsberechtigte selbst.

Mir ist bekannt, dass sie / er auf eigene Kosten nach Hause geschickt werden kann, wenn ihr / sein Verhalten die Freizeit gefährdet oder wenn sie / er sich durch ihr / sein Verhalten selbst gefährdet. Ebenso ist mir bekannt, dass für abhanden gekommene oder verlorene Gegenstände, die ihr / ihm gehören, keine Haftung übernommen wird.

Ich versichere, dass sie / er an keiner ansteckenden Krankheit leidet."

Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten

## Sorgeberechtigte

1) \_\_\_\_\_  
Vorname Name

\_\_\_\_\_  
Anschrift / Tel.Nr., wenn abweichend von Teilnehmeranschrift

2) \_\_\_\_\_  
Vorname Name

\_\_\_\_\_  
Anschrift / Tel.Nr. wenn abweichend von Teilnehmeranschrift

ggf. **Ferienadresse** mit Telefon der Sorgeberechtigten:

\_\_\_\_\_  
Anschrift / Tel.Nr.  
in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## Angaben für ärztliche Hilfe

Krankenversicherung (z.B. AOK, DAK, ...): \_\_\_\_\_

Familienversichert mit: \_\_\_\_\_  
Vorname Name

\_\_\_\_\_  
Geb.Datum

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

bitte Krankenversicherungskarte mitgeben

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Telefon des Hausarztes: \_\_\_\_\_

## Impfung/en

Gegen Wundstarrkrampf geimpft?  ja  nein

Wenn ja: wann? \_\_\_\_\_

womit? \_\_\_\_\_

oder

Impfpass in Fotokopie beilegen

## Badeerlaubnis

Sofern kein ausdrücklicher schriftlicher Widerruf vor Beginn der Freizeit erfolgt, wurde mit der Anmeldung eine Badeerlaubnis erteilt.

Schwimmer/in

Nicht-Schwimmer/in

(Jugend-) Schwimmbabzeichen: \_\_\_\_\_  
ggf. Fotokopie beilegen

## wichtige Mitteilungen /Besonderheiten

Bitte vermerken Sie hier Dinge, die unsere Mitarbeiter/innen wissen oder besonders beachten müssen!

z. B. Zahnsperre tragen, Bettnässer/in, Hitzeempfindlichkeit, Medikamente, die eingenommen werden müssen, Allergien, sonstige Besonderheiten, Verhaltensweisen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fortsetzung Rückseite