

# Anmeldung

Die unterzeichnenden Erziehungsberechtigten erlauben Ihrem Kind die Teilnahme an dem Pfingstlager in Westernohe der DPSG St. Bonifatius vom 17. bis 20. Mai 2024.

## Angaben zum teilnehmenden Kind

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Verpflegung:            Vegetarisch             Vegan

Allergien:

Mein Kind hat folgende gesundheitliche Beschwerden und / oder muss folgende Medikamente einnehmen:

## Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift während der Aktion: \_\_\_\_\_ Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Tel. Gesch.: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## Fragen zur An- und Abreise

Hat dein Kind eine Bahncard?            Ja             Nein   
Kannst du mit dem privaten PKW anreisen?            Ja             Nein   
(17.05. ab ca. 15 Uhr)            Falls ja, wie viele weitere Plätze wären frei? \_\_\_\_\_  
Kannst du mit dem privaten PKW abreisen?            Ja             Nein   
(20.05. ab ca 13 Uhr)            Falls ja, wie viele weitere Plätze wären frei? \_\_\_\_\_  
Mein Kind kann und darf (mit Aufsicht) schwimmen            Ja             Nein

Ich übertrage dem Leitungsteam für die Zeit der Aktion die Aufsichtspflicht für mein Kind. Mir ist bekannt, dass das Leitungsteam für Schäden und Unfälle, die durch Nichtbefolgen von Anordnungen durch mein Kind entstehen, nicht haftbar ist.

Mit der Teilnahme an der Aktion erlaube ich meinem Kind sich in Dreiergruppe frei auf dem Zeltplatz zu bewegen und mit Kindern anderer Geschlechtern im Zelt zu übernachten.

Sollte das Leitungsteam aus guten Gründen (bspw. untragbares Verhalten des Kindes, Krankheit o.Ä.) der Aufsichtspflicht nicht mehr nachkommen können, bin ich damit einverstanden, mein Kind abzuholen.

Bei gesundheitlichen Beschwerden, die besondere Aufmerksamkeit der Aktionsleitung erforderlich machen, werde ich frühzeitig vor der Aktion dem zuständigen Leitungsteam schriftliche Behandlungsanweisungen zukommen lassen. Sollte während der Aktion ein dringender ärztlichen Eingriff bei meinem Kind nötig sein, so erteile ich hiermit dem behandelnden Arzt die erforderliche Genehmigung. Ich erwarte von der Aktionsleitung, dass sie mich unverzüglich benachrichtigt.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_, Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_