

~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~

Jugendclubverein Zschopau e.V. im JFC " High - Point", Launer Ring 4 ; 09405 Zschopau ; Telefon 03725/6744 ; Fax 03725/6183

 **E-Mail:** highpoint@gmx.net[**www.highpoint-zp.de**](http://www.highpoint-zp.de)

 **Anmeldung**

Name des Angebotes: SCHWIMMCAMP

Name Teilnehmer/in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ weiblich O männlich O

Name Personensorgeberechtigte/r: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In Notfällen bitte verständigen:

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Persönliche und wichtige Informationen zur Teilnehmerin /zum Teilnehmer**

Krankheiten (z.B. Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeit, ADHS….): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Folgende Medikamente müssen eingenommen werden (auch bei Allergien u.ä.):

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dosierung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unverträglichkeit bei folgenden Medikamenten / Wirkstoffen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Folgende sportliche Aktivitäten dürfen aufgrund einer Krankheit/Verletzung nicht ausgeübt werden:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nichtschwimmer O Schwimmer O Schwimmanfänger O

Vegetarier O Tetanusimpfung Ja O Nein O

Auf folgende Besonderheiten / Auffälligkeiten (insb. bzgl. Verhalten) möchte ich aufmerksam machen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Organisatorische Informationen**

Bei der Maßnahme entstandene Bilder dürfen für die Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden

 Ja O Nein O

Datenschutzhinweise sind von mir anerkannt (Datenschutzhinweise unter www.highpoint-zp.de)

 Ja O Nein O

Eigenes Zelt vorhanden: Ja O Nein O

Private Haftpflicht vorhanden: Ja O Nein O

**Einverständniserklärung:**

Den bei Unfällen und Krankheiten notwendigen und unaufschiebbaren medizinischen Behandlungen und Eingriffen stimme ich zu. Bei akuter Erkrankung (wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Zerrung, Insektenstich usw.) darf durch die Betreuer/innen ein leichtes, nicht verschreibungspflichtiges Medikament, zur Anwendung, über einen der Krankheit angemessenen Zeitraum, gegeben werden. Bei der Ferienmaßnahme ist eine gültige Krankenversicherungskarte und das Impfbuch beim Veranstalter am Tag der Maßnahme abzugeben.

Bei allen Freizeiten geht der Veranstalter davon aus, dass die Teilnehmende die Erlaubnis besitzen sich ihrem Alter entsprechend am Ferienort, auch ohne Begleitung und Beaufsichtigung von Betreuer/innen, zu bewegen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein/e Tochter/Sohn an allen Aktivitäten wie z.B. Wanderungen, Schwimmen usw., teilnehmen darf.

Die Teilnehmer/innen werden bei der Bewältigung von Aufgaben, für den reibungslosen Ablauf im Campalltag, mit einbezogen.

Ich bin mir bewusst, dass die Betreuer/innen für ordnungswidrige, unerlaubte Einzelaktionen eines/einer Teilnehmer/in keine Verantwortung übernehmen können. Meine/n Tochter/Sohn habe ich darauf hingewiesen. Der Veranstalter ist berechtigt, Teilnehmer/innen bei groben Verstößen gegen die Ordnung von der Maßnahme auszuschließen. Alle in diesem Zusammenhang entstehenden Kosten gehen zu Lasten der Personensorgeberechtigten. Dies gilt auch für den Abbruch der Maßnahme wegen Krankheit oder aus persönlichen Gründen.

Die in diesem Dokument erhobenen Daten werden für 10 Jahre aufgehoben. Da die Freizeit öffentlich gefördert wird, geben wir Name, Alter und Wohnort an den finanziellen Unterstützer zu Nachweiszwecken weiter. Alle weiteren Daten dienen lediglich der Sicherheit des Kindes und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ich bin damit einverstanden, dass Gruppenfotos der Freizeitmaßnahme, auf der auch evtl. mein/e Sohn/Tochter zu sehen ist, auf der Internetseite ([www.highpoint-zp.de](http://www.highpoint-zp.de)) und für die Öffentlichkeitsarbeit des Vereins (z.B. Presseartikel über die Freizeitmaßnahme), veröffentlicht werden. Über die Datenschutzhinweise habe ich mich auf der Internetseite der Einrichtung informiert.

Rücktrittserklärungen vor Beginn der Maßnahme müssen grundsätzlich schriftlich erfolgen. Der Betrag der Maßnahme verbleibt bei Abmeldung (ohne triftigen Grund), in weniger als 2 Wochen vor der Maßnahme, beim Veranstalter.

Die vorstehenden Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Eintretenden Veränderungen werde ich dem Veranstalter umgehend mitteilen. Die Verantwortung für aufgrund unvollständiger Angaben entstehender Schäden trage ich. Die Teilnahmebedingungen des Veranstalters erkenne ich an.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum Unterschrift der Personensorgeberechtigten