



Christliche Pfadfinder der Adventjugend im Wendland / Gartow



**Gruppenleitung:**  
André Nagel, Dipl. Theol., Soz. Arb. (B.A.)  
Lydia Schaub  
Am Schützenplatz 17  
29471 Gartow

## Freizeit- Pass

Maßnahme: **Übernachtungsparty**

Ort: **29471 Gartow, Am Schützenplatz 17**

Datum: **Sa. 11.3.23 18:00 Uhr** bis **So., 12.3.23 ca. 9:30 Uhr**

**Alle Punkte dieses Freizeitpasses bitte sorgfältig ausfüllen, damit der Leiter der Freizeit- und Erholungsmaßnahme und seine Mitarbeiter ihrer Aufsichtspflicht in vollem Umfang gerecht werden können. Nicht zutreffendes bitte durchstreichen!**

### Regeln, Belehrungen & Einverständniserklärung

Das **Selbstverständnis**, sowie die dazugehörigen Regeln der Christlichen Pfadfinderinnen und Pfadfinder der Adventjugend sind mir bzw. meinen Sorgeberechtigten bekannt und für alle Teilnehmer und Sorgeberechtigten bindend. Den **Anordnungen** der Verantwortlichen der Gruppenstunden und Freizeiten werde ich bzw. mein Kind folgen. Eine **Haftung** bei Nichtbefolgung und bei selbständigen, nicht von den Verantwortlichen angesetzten Unternehmungen, übernehme in voller Höhe ich selbst bzw. meine Sorgeberechtigten. Für mir gehörende, abhanden gekommene oder verlorene Gegenstände hafte ebenfalls ich selbst bzw. meine Sorgeberechtigten. Ich kann auf eigene Kosten von der Teilnahme an Veranstaltungen ausgeschlossen werden, wenn mein Verhalten die Veranstaltung gefährdet oder undurchführbar macht, oder ich mich hierdurch selbst gefährde. Die **Aufsichtspflicht** für mich übernehmen die Verantwortlichen erst ab Beginn einer Veranstaltung und nur bis zur Übergabe an die Sorgeberechtigten oder aus objektiver Sicht berechnete Personen. Reise ich selbständig an und ab endet die Aufsichtspflicht mit der Abreise.

Der **Mitfahrt meines Kindes in Privatfahrzeugen** (ggf. mit Kindersitz o.ä.) zum Transport stimme ich zu.

Mir ist bekannt, dass während der Pfadfinderstunden bzw. Pfadfinderfreizeiten meinem Kind festgelegte Zeit für **selbständige Unternehmungen** eingeräumt wird, die sie ohne Aufsicht in einem angewiesenen Rahmen gestalten dürfen (Stadtbummel, Freizeit im Objekt, etc.).

Ich bin damit einverstanden, dass obige **Daten** für interne Zwecke elektronisch gespeichert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass bei notwendiger ärztlicher Behandlung während einer CPA-Maßnahme der Arzt, der mein Kind behandelt, von der **ärztlichen Schweigepflicht** gegenüber dem Gesamtverantwortlichen, oder der vom ihm beauftragten Person, entbunden wird. Fernerhin bin ich damit einverstanden, dass mein Kind, in Absprache mit den Eltern, aus dem Krankenhaus in die Obhut des Gesamtverantwortlichen, oder der vom ihm beauftragten Person, übergeben werden darf.

Ich bin mit der Verwendung von **Bild-, Video und/oder Tonaufnahmen** zu Dokumentations-, Informations- und Werbezwecken einverstanden, die während der Maßnahme durch den Veranstalter entstehen, auf denen ich/mein Kind zu sehen/hören ist. Sollte ein berechtigtes Interesse daran bestehen, dass Bilder nicht veröffentlicht werden, muss dies schriftlich vor Beginn der Maßnahme dem Veranstalter mitgeteilt werden. Bei einer "Folge-Anmeldung" bin ich damit einverstanden, dass bereits getätigte Bild-, Video und/oder Tonaufnahmen aus vergangenen Veranstaltungen im oben beschriebenen Maße genutzt werden dürfen.

Mit unserer Unterschrift versichern wir, dass unsere Tochter/ unser Sohn zum jetzigen Zeitpunkt an keiner ansteckenden Krankheit leidet und dass wir in einem solchen Falle mit dem Leiter der Maßnahme umgehend vor der Maßnahme Kontakt aufnehmen. Wir erlauben den Betreuern unserem Kind bei Bedarf Zecken zu entfernen, Kohletabletten, Kopfschmerztabletten (nach Absprache), Mobilat, Fenestil Gel, Brand- und Wundgel, Kytta-Balsam, Betaisodana Lösung, Mückenspray, Sonnencreme oder ähnliches bei Bedarf zur Verfügung zu stellen. **Unzutreffendes bitte durchstreichen.**

### Angaben zum Teilnehmer der Maßnahme

Name und Vorname des Teilnehmers

Straße und Hausnummer

PLZ/Wohnort

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Telefon Home

Handy

Vor- und Nachname der Sorgeberechtigten

### Informationen für eventuelle Notfälle

Anschrift oder Ferienadresse der Sorgeberechtigten bzw. Vermittler (Verwandte, Freunde)

Telefon

Handy

Krankenversicherung

Versicherungsnummer des Teilnehmers

Chipkarte (Krankenkasse) vorhanden? ja  nein   
**Bitte mitgeben!**

Impfausweis vorhanden? ja  nein   
**Bitte Kopie mitgeben!**

Gegen Wundstarkampf geimpft? ja  nein

Gegen Zecken- Folgen geimpft? ja  nein

Medikamente verordnet? ja  nein

Welche?

Allergien/Asthma? ja  nein

Welche?

**Bitte Kopie des Allergiepasses mitgeben!**

Krankheiten? ja  nein

Welche?

Behinderungen? ja  nein

Welche?

Einschränkungen? ja  nein

Welche?

Sonstiges zu beachten:

Name des Hausarztes bzw. Facharztes

Telefon des Hausarztes bzw. Facharztes

### Einverständnis-/ Einschränkungserklärung

für besonders gefahrenträchtige Unternehmungen laut Ausschreibung bzw. Teilnehmerbrief (z.B. Schwimmen, Rodeln, Stadtfreigang, Lagerfeuer, Klettern, Reiten, Kanufahren etc.)

ja  nein

Bemerkungen (Nichtschwimmer, Anfänger, Rettungsschwimmer, Einschränkungen, Können)

Ort, Datum

Unterschrift beider Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigter