



Freizeit- Pass

Maßnahme: **Kids Camp Herbst 2024 (1) "Überleben zwischen Mars und Erde"**(von Montag bis Freitag, jeweils von 8-15:00 Uhr)

Ort: **WE Life Zentrum Gartow, Mittelweg, 29471 Gartow**

Datum: **Mo., 07.10.2024, 8:00 Uhr** bis **Fr., 11.10.2024, 15:00 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 allgemeinen Teilnahmebedingungen der WE Life gGmbH sind mir bzw. meinen Sorgeberechtigten bekannt und für alle Teilnehmer und Sorgeberechtigten bindend. Den **Anordnungen** der Verantwortlichen der Freizeitmaßnahme werde ich bzw. wird 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 berechtigte 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 Freizeitmaßnahme meinem Kind festgelegte Zeit für **selbständige Unternehmungen** eingeräumt wird, die sie ohne Aufsicht in einem angewiesenen Rahmen und dem Alter entsprechend gestalten dürfen (Stadtbummel, Freizeit im Objekt, etc.).

Ich bin damit einverstanden, dass die hier verwendeten **Daten** für interne Zwecke elektronisch gespeichert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass bei notwendiger ärztlicher Behandlung während einer WE Life Freizeit-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 **Speicherung der personenbezogenen Daten über die Maßnahme hinaus** einverstanden, damit die WE Life gGmbH und das WE Life Zentrum mich und unser Kind **über weitere Freizeitmaßnahmen, Events und sonstige Anlässe informieren** kann. Diesem kann jederzeit schriftlich widersprochen werden.

Ich bin mit der **Speicherung und 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. Diesem kann nachträglich schriftlich widersprochen werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind an **gefährnträchtige Unternehmungen laut Ausschreibung dem Alter entsprechend** herangeführt wird bzw. teilnehmen kann. Dazu gehören Schwimmen, Fahrradfahren, Feuer machen, Umgang mit Messern und anderen Werkzeugen, Klettern, Kanufahren. (Unzutreffendes bitte streichen.)

Wir erlauben den Betreuern unserem Kind bei Bedarf **Zecken** zu entfernen und bei Bedarf **Kohletabletten, Fenestil Gel, Betaisodona Lösung, Wund- / Brandsalbe, Mückenspray und Sonnencreme** zur Verfügung zu stellen. **Unzutreffendes bitte durchstreichen.**

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind von folgenden **Vertrauenspersonen** in dessen Auto, zu Fuß oder mit dem Fahrrad am Ende der Veranstaltung mitgenommen wird. Bitte Vertrauenspersonen hier nennen:

Notfallnummer André Nagel // Lydia Schaub 0174/9430797 // 0172/3978460

Mit unserer Unterschrift versichern wir, dass unsere Tochter/ unser Sohn/ Pflegekind 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.

Angaben zum Teilnehmenden der Maßnahme

Name und Vorname des Teilnehmenden

Straße und Hausnummer

PLZ/Wohnort

Geburtsdag

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

Impfweis vorhanden? ja nein

Gegen Wundstarrkrampf geimpft? ja nein

Gegen Zecken- Folgen geimpft? ja nein

Medikamente verordnet? ja nein

Welche?

Allergien/Asthma? ja nein

Welche?

Krankheiten (falls relevant) ja nein

Welche?

Behinderungen (falls relevant) ja nein

Welche?

Einschränkungen (falls relevant) ja nein

Welche?

Besonderheiten bei der Ernährung: ja nein

Welche?

Name und Telefon des Hausarztes bzw. Facharztes

Schwimmkenntnisse

Mein Kind kann schwimmen:

ja nein

Mein Kind hat das Schwimmabzeichen:

Ort, Datum

Unterschriften aller Personensorgeberechtigter