



## Elternerklärung

Vorbemerkung: Alle Angaben werden vertraulich behandelt! Zutreffendes bitte ankreuzen, bzw. ausfüllen.

Ich / wir (als Erziehungsberechtigte)

Name(n), Vorname(n): \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

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

erlaube meinem / erlauben unserem Kind

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

geboren am: \_\_\_\_\_

die Teilnahme an der

### 1.-3. Qualifikation für die Jugendweltmeisterschaften 2025

Besondere Gefährdungen, die über das normale Maß der Freizeitaktivitäten von Kindern und Jugendlichen hinausgehen, sind nicht bekannt. Der Programmablauf der Veranstaltung ist der Einladung, bzw. der Ausschreibung beigelegt.

Bitte ausführlich ergänzen:

Mein / unser Kind ist  selbst krankenversichert /  familienversichert

Krankenkasse/-Versicherung: \_\_\_\_\_

(Die Versicherungskarte ist bitte dem Kind mitzugeben)

Für das Kind besteht eine Privathaftpflichtversicherung

ja, Versicherung \_\_\_\_\_

nein

Mein / unser Kind darf

alleine /  in der Gruppe /  unter Aufsicht zum Einkaufen gehen.

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Mein / unser Kind besitzt folgendes Schwimmbzeichen: \_\_\_\_\_ und darf

alleine /  in der Gruppe /  unter Aufsicht im nahen Badensee/Schwimmbad schwimmen.

(zutreffendes bitte ankreuzen)



Mein / unser Kind darf Sport ausüben.

Es bestehen sonstige Einschränkungen:

ja, welche: \_\_\_\_\_

nein

Mein / unser Kind ist Vegetarier/Veganer:  ja /  nein

Mein / unser Kind leidet an speziellen gesundheitlichen Beschwerden

ja, welche: \_\_\_\_\_

nein

Mein / unser Kind leidet an folgenden Allergien (Überempfindlichkeit gegenüber bestimmten Stoffen)

ja, welche: \_\_\_\_\_

nein

Letzte Tetanusimpfung am \_\_\_\_\_ **Der Impfpass ist bitte dem Kind mitzugeben!**

Mein / unser Kind ist auf die Einnahme von Medikamenten angewiesen:

Medikament: \_\_\_\_\_, Dosierung: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Medikament: \_\_\_\_\_, Dosierung: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Medikament: \_\_\_\_\_, Dosierung: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

morgens / mittags / abends

**Für weitere Medikamente bzw. nähere Anweisungen ist ein weiteres Blatt beizufügen.**

Der behandelnde Hausarzt meines Kindes ist:

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

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

Mein / unser Kind darf an im Rahmen der Veranstaltung notwendigen Transferfahrten in privaten PKW auch mit Betreuern anderer Teilnehmer teilnehmen.



Eine evtl. Haftung des Veranstalters und der Betreuungspersonen für Sachschäden ist ausgeschlossen, sofern nicht eine grob fahrlässige oder vorsätzliche Pflichtverletzung Ursache der eingetretenen Schäden ist.

Bei völliger Disziplinlosigkeit, Krankheit oder einem sonstigen wichtigen Grund verpflichten sich die Eltern für den umgehenden und geeigneten Rücktransport zu sorgen (Abholung).

Ich habe / wir haben die vorstehenden Ausführungen aufmerksam gelesen und stimme / stimmen diesen vorbehaltlos zu.

Ohne diese Erklärung ist eine Teilnahme nicht möglich.

Datenschutz: Die Jugendleitung verarbeitet und nutzt die personenbezogenen Daten aus dieser Elternklärung nur zu Zwecken der ordnungsgemäßen Durchführung von Maßnahmen der Jugendarbeit. Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Während des Zeitraums der Veranstaltung sind wir, die Eltern, wie folgt telefonisch erreichbar:

Privat: \_\_\_\_\_ Dienstlich: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum      Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (Mutter)

\_\_\_\_\_

Datum      Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (Vater)

Bei gemeinsamem Sorgerecht beider Elternteile, müssen auch beide Elternteile unterschreiben.