

Name der/ des Erziehungsberechtigten:	Telefon:
Straße:	Mobil:
Wohnort:	E-Mail:

### Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten

Für:	geb. am:
Anschrift:	

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn an der nachfolgenden Veranstaltung teilnimmt und sich ohne Aufsicht, jedoch nur mit ausdrücklicher Erlaubnis der Leitungsperson, von der Gruppe entfernen darf.

### Mitmach-Zirkus Fun (08.08. – 13.08.2022)

Mein Kind darf ohne Aufsicht am Baden teilnehmen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Kind ist Schwimmer/in:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Kind hat folgendes Schwimmbzeichen:	
Bei Unfällen darf die Wunde meines Kindes mit „Octenisept“ desinfiziert werden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei Medikamenteneinnahme erteile ich dem Team die Erlaubnis zur Verabreichung <u>nach Absprache</u> . <b>Bei Medikamenteneinnahme bitte den Medikamentenbogen ausgefüllt einreichen.</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass Fotos von der Veranstaltung, auf denen mein Kind unter Umständen zu erkennen ist, unter den Teilnehmenden ausgetauscht werden und für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit (u.a. im Internet) der Stadt Wunstorf genutzt werden können:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Bei meinem Kind bitte ich besonders darauf zu achten: (Hinweise auf gesundheitliche Einschränkungen; vegetarische Ernährung etc.) ggf. Rückseite ausfüllen.</b>	

### Krankenversicherung

Wir sind versichert bei:	Privat versichert <input type="checkbox"/>
Name des Hauptversicherten:	Geb. am:

### Zur Zeit der Veranstaltung sind wir wie folgt zu erreichen (ggf. Angehörige z.B. Großeltern angeben):

Name:	Tel. privat:	Tel. dienstl.:
Name Angehörige:	Telefon:	Mobil:

Sollte ich/sollten wir im Notfall nicht erreichbar sein, wird die Entscheidung über einen ärztlichen Eingriff dem behandelnden Arzt übertragen. Ich nehme zur Kenntnis, dass mein Kind während der Aktion viel in der freien Natur ist und werde es anschließend auf eventuelle Zeckenbisse kontrollieren. Sollte während des Angebotes eine Zecke bei meinem Kind gefunden werden, bin ich damit einverstanden, dass diese schnellstmöglich durch die Betreuer/innen vor Ort entfernt wird. Ich stelle sicher, dass mein Kind zwei Mal gegen Masern geimpft ist.

Bei Krankheitsanzeichen bleibt mein Kind zu Hause. Mir ist bewusst, dass innerhalb der Gruppe der empfohlene Abstand von 1,5 Metern zueinander nicht eingehalten werden kann und in diesen Fällen i.d.R. auch kein Mund-Nasen-Schutz getragen wird. Mir ist bewusst, dass das Auftreten einer Infektion mit dem Corona-Virus gemeldet werden muss. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass während der Aktion ggf. regelmäßig Corona-Selbst- und Schnelltests erfolgen.

Bei Sorgerechtskonflikten gebe ich dem/ der Jugendpfleger/-in oder der Leitung der Veranstaltung – falls notwendig – Bescheid.  
**Ich übertrage die Aufsichtspflicht an das Betreuungsteam für den Zeitraum der o.g. Veranstaltung**

(Ort/ Datum)

(Unterschrift eines/einer Erziehungsberechtigten)

Die „Allgemeinen Teilnahmebedingungen“ der Stadt Wunstorf – Familienservice- erkenne ich an (Download: www.jugendpflege.wunstorf.de).

**Hinweis gemäß Datenschutz:** Die o.g. Daten werden elektronisch gespeichert und ausschließlich für interne Verwaltungszwecke verarbeitet. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.