

# Notfall-Umschlag

---

Vor- und Nachname

## **Inhalt:**

- Erklärung für die Eltern
- Personalien und Adressen
- Aufsichtspflicht und Ähnliches
- Medizinische Angaben
- Impfpass
- Krankenversicherungskarte

## **Erklärung für die Eltern**

**Liebe Eltern,**

natürlich hoffen wir immer, dass auf der MOF nichts Schlimmes passiert. Doch im Falle eines Falles möchten wir sicherstellen, dass wir in jeder Situation die bestmöglichen Entscheidungen treffen können. Dazu brauchen wir Ihre Hilfe.

Der beiliegende Fragebogen ist in zwei Kapitel unterteilt. Der erste Teil beschäftigt sich mit Fragen im Bereich der Aufsichtspflicht und Allgemeinem. Im zweiten Teil geht es um gesundheitliche Fragen, die nur durch die Hauptverantwortlichen - und im Notfall ggf. von behandelnden Personen - eingesehen werden. Die Daten werden also keinesfalls ohne Grund an Dritte weitergegeben.

Bitte füllen Sie die anschließenden Seiten vollständig und in gut lesbaren Druckbuchstaben aus und legen Sie diese zusammen mit dem Impfpass und der Krankenversicherungskarte in einen Briefumschlag. Am Tag der Abreise wird der Umschlag von den Verantwortlichen eingesammelt.

Herzlichen Dank.

## Personalien und Adressen

Nachname des Kindes:

Vorname des Kindes:

Anschrift:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind (Vor- und Nachname) \_\_\_\_\_ an der MOF 2024 der Katholischen Kirchengemeinde St. Georg in Ulm vom 27.07.2024 bis 03.08.2024 im Jugendlandheim Grimmerthal in Schmidgaden teilnimmt.

Bei Notfällen verständigen Sie bitte:

Privatadresse der bzw. des Erziehungsberechtigten:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Telefon, privat:

Telefon, dienstl.:

Mobil:

Ersatz-Anschrift (z.B. Großeltern)

Bin ich/Sind wir nicht zu erreichen, benachrichtigen sie bitte:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Telefon, privat:

Telefon, dienstl.:

Mobil:

Er\*Sie ist in diesem Fall auch berechtigt, die Aufsichtspflicht zu übernehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift sämtlicher Erziehungsberechtigter

# Aufsichtspflicht und Ähnliches

Name und Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

1. Mein/unser Kind ist

- Schwimmer\*in,  
d.h. er/sie kann  
100m oder 4  
Bahnen sicher  
alleine schwimmen
- Nichtschwimmer\*in

2. Ich/Wir

- erlaube/n Untenstehendes nicht
- erlaube/n, dass mein/unser Kind am Baden in einer geschlossenen Badeanstalt oder an einem durch Rettungsschwimmer beaufsichtigten See/Fluss teilnimmt.

3. Mein/unser Kind isst vegetarisch

- Ja
- Nein

Nichtzutreffendes bitte streichen:

4.

Mein/unser Kind darf an einer Gruppen-Wanderung in Begleitung eines\*r Betreuer\*in mit anschließender Übernachtung unter freiem Himmel („Hike“) teilnehmen, falls es selbst das möchte und die von den Verantwortlichen vorgegebenen Bedingungen hinsichtlich u.a. des Alters, verantwortungsvollen Verhaltens erfüllt, sowie die entsprechende Ausstattung (u.a. Wanderschuhe, Isomatte, Schlafsack), auf der MOF dabei hat. Am Hike teilnehmen dürfen alle, die bis einschließlich 2012 geboren sind.

5. Mein/unser Kind darf während der Ferienfreizeit in Privat-PKWs mitfahren, z.B. um zur Ärztin gefahren zu werden.

6. Ich/Wir erlauben, dass Bilder für öffentlichkeitswirksame Zwecke (in Print- sowie Onlinemedien) erstellt, gespeichert und genutzt werden dürfen.

7. Wir möchten gerne über zukünftige Aktionen über E-Mail mitbekommen.

Mir/Uns ist bekannt, dass mein/unser Kind vorzeitig nach Hause geschickt werden kann, wenn ihr\*sein Verhalten den ordnungsgemäßen Ablauf der Ferienfreizeit gefährdet.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift sämtlicher Erziehungsberechtigter

# Medizinische Angaben

Name und Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

1. Mein/Unser Kind ist krankenversichert bei (Name und Adresse der Versicherung/  
privat krankenversichert):

\_\_\_\_\_

Bitte geben Sie die Krankenversichertenkarte ihres Kindes und den Impfpass bei der Abfahrt bei der Hauptverantwortlichen Jonathan Witte und Sophie Witte ab.

2. Hausärztin/Kinderarzt:

Name:

\_\_\_\_\_

Adresse:

\_\_\_\_\_

Telefon:

\_\_\_\_\_

3. Gibt es bei Ihrem Kind ungewöhnliche Reaktionen auf  
Insektenstiche?

Nein

Ja, folgende: \_\_\_\_\_

4. Bestehende / akute / chronische Krankheiten / Allergien oder andere  
Besonderheiten (z.B. Asthma, Diabetes, Epilepsie, Nahrungsmittelunverträglichkeiten,  
Herzfehler, ADS/ADHS etc.):

\_\_\_\_\_

5. Mein/Unser Kind benötigt zurzeit folgende(s) Medikament(e):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gebrauchsanweisung:

\_\_\_\_\_

6. Fallen diese Medikamente unter das Betäubungsmittelgesetz?  
(BTM)  Nein

Ja – die Bescheinigung des Arztes lege ich bei.

7. Mein/Unser Kind nimmt diese Medikamente selbstständig ein (Nur, wenn Punkt  
6. nicht zutrifft)

Ja

Nein

8. Ich/Wir erlaube/n, dass unserem Kind von einer geschulten Person Zecken gezogen werden dürfen.

- Ja
- Nein

9. Ich/Wir nehme/n zur Kenntnis, dass ärztliche Maßnahmen wie lebensrettende operative Eingriffe oder Schutzimpfungen (z.B. gegen Tetanus), die von hinzugezogenem ärztlichem Personal für dringend erforderlich erachtet werden, bei meinem/unserem Kind im gegebenen Fall vorgenommen werden.

10. Sonstige wichtige medizinische oder andere Hinweise:

---

Ort/Datum

---

Unterschrift sämtlicher Erziehungsberechtigter