

# 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 möglichst vollständig aus und lege Sie diese zusammen mit dem Impfpass und der Krankenversicherungskarte in einen Briefumschlag. Am Tag der Abreise wird der Umschlag von Verantwortlichen eingesammelt.

Herzlichen Dank.

**Tabea Maillet**

Pastoralassistentin

Kath. Kirche Ulm Mitte-Ost

## Personalien und Adressen

Name des Kindes: \_\_\_\_\_  
Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind (Vor- und Nachname) \_\_\_\_\_ an der MOF 2022 der Katholischen Kirchengemeinde St. Georg in Ulm vom 30.07. bis 06.08. im Hans-Leipelt-Haus in Grafrath 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
- Nichtschwimmer\*in

2. Ich/Wir

- erlaube/n,
- erlaube/n nicht, 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. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind tagsüber ohne Begleitung eines\*r Betreuers\*in, aber in Gruppen von mindestens drei Teilnehmer\*innen das Hans-Leipelt-Haus innerhalb abgesprochener Zeiten verlassen darf.

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. 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):

\_\_\_\_\_

Bitte geben Sie die Krankenversichertenkarte ihres Kindes und den Impfpass bei der Abfahrt bei der Hauptverantwortlichen Katja Klapper 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 einem\*r geschulten Mitarbeiter\*in 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 ärztlichen Personal für dringend erforderlich erachtet werden, bei meinem/unserem Kind im gegebenen Fall vorgenommen werden.

10. Ich/Wir nehme/n zur Kenntnis, dass mein/unser Kind sich im Verlauf der Freizeit mehrere Male unter Betreuung einer geschulten Person selbst mit einem Covid-Selbsttest testen wird.

11. Ich/Wir erkläre/n, dass mein/unser Kind nach unserem Wissen frei von ansteckenden Krankheiten ist und nur an der Freizeit teilnehmen wird, wenn es zur Abreise keine Symptome von Covid-19 (z.B. Geruchs- und Geschmacksstörungen, Fieber, Husten sowie Halsschmerzen) aufweist.

12. Sonstige wichtige medizinische oder andere Hinweise:

---

Ort/Datum

---

Unterschrift sämtlicher Erziehungsberechtigter