

Sommerlager der Kath. Kirchengemeinde St. Mauritius Ibbenbüren

Kath. Pfarramt St. Mauritius – Alte Nordstraße 2 – 49477 Ibbenbüren



Erklärung der Eltern

für das Sommerlager der Pfarrgemeinde St. Mauritius Ibbenbüren,
in der Zeit vom 31. Juli 2015 bis zum 10. August 2015 in Finnentrop-Fretter.

Name des Teilnehmers _____

Geburtsdatum _____

Name und Anschrift der
Personensorgeberechtigten _____

Telefon-Nummer (Handy) _____

Abweichend davon, während
des Sommerlagers, in der Zeit _____

vom _____

bis zum _____

Telefon-Nummer (Handy) _____

Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind an der oben genannten Maßnahme teilnimmt, und nehmen zur Kenntnis, dass unser Kind nicht ständig unter Aufsicht stehen kann. Unser Kind darf mit zwei weiteren Teilnehmern, aber ohne Betreuer in den Ort gehen.

Unser Kind ist Schwimmer *) / Nichtschwimmer *) und darf am Schwimmen in einer Badeanstalt teilnehmen. Unser Kind hat Seepferdchen *) / Freischwimmer *) / _____ *).

Wir haben das Merkblatt zur Belehrung von Personensorgeberechtigten gem. § 34 Abs. 5 S. 2 Infektionsschutzgesetz (IfSG) erhalten und gelesen. Unser Kind ist frei von ansteckenden Krankheiten.

**Wir bitten auf folgende gesundheitliche Probleme zu achten
(Allergien, Herzfehler, Trommelfellschäden, Asthma, Blasenschwäche, etc.):**

(Erklärung der Eltern zum SOLA St. Mauritius, Fortsetzung)

Unser Kind benötigt regelmäßig oder im Bedarfsfall folgende Mittel, die in der Medikamentenverordnung nicht unter „Arzneimittel“ fallen (u.a. diverse homöopathische Mittel, Arnica-Wundcreme, Fenistil ohne Cortison etc. Medikamente namentlich benennen!)

Regelmäßig:

Medikament	Dosierung	Einnahmezeit	Bemerkungen

Im Bedarfsfall:

Medikament	Dosierung	Bemerkungen

Ergänzende Angaben bitte auf einem gesonderten Blatt (mit Unterschrift) eintragen.

Wir bitten den Gruppenleiter, die Therapie zu unterstützen und unserem Kind die oben genannten Medikamente wie beschrieben zu geben.

Unser Kind muss nach ärztlicher Bescheinigung regelmäßig (zusätzlich) die auf dem separaten Formular „Medikamenteneinnahme im Sommerlager“ aufgeführten Arzneimittel einnehmen. Wir bitten den Gruppenleiter, die ärztliche Therapie zu unterstützen und unserem Kind die verordneten Medikamente nach ärztlicher Vorschrift zu geben.

Wir verpflichten uns, den Gruppenleiter sofort zu unterrichten, wenn ein Medikament abgesetzt oder die Dosierung geändert wird. Alle Medikamente geben wir unserem Kind in Originalverpackung mit ins Sommerlager.

Unser Kind ist*) ist nicht*) Tetanus geimpft.

Datum: _____ (Die Impfung sollte nicht länger als 10 Jahre zurückliegen.)

(Erklärung der Eltern zum SOLA St. Mauritius, Fortsetzung)

Unser Kind ist Mitglied einer gesetzlichen*) / privaten*) Krankenversicherung. Wir werden unserem Kind die Versicherungskarte der Krankenkasse (entfällt bei Privatversicherten) und eine aktuelle Kopie des Impfausweises zur Abfahrt mitgeben.

Krankenversicherung unseres Kindes: _____

Versicherungs-Nr.: _____ **Versicherungsnehmer:** _____

Arbeitsstelle des Vaters*) / der Mutter*): _____

(WICHTIG: Telefonnummer!) _____

Wir nehmen zur Kenntnis, dass unser Kind bei mehrmaligen groben Verstößen gegen die Anordnungen der Freizeitleitung auf unsere Kosten nach Hause geschickt werden kann, nachdem wir telefonisch benachrichtigt worden sind.

(Datum, Ort)

(Unterschrift eines Personensorgeberechtigten)

Anlage: Belehrung des Sommerlagers St. Mauritius Ibbenbüren gem. § 34 Abs. 5 S.2 Infektionsschutzgesetz

Formular „Medikamenteneinnahme im Sommerlager“

Anmerkung: Foto- & Videomaterialien des SOLA`s werden zum Teil veröffentlicht und für Werbezwecke verwendet!