

Teilnahmeblatt

Erholungsfahrt _____ außerhalb Berlins
Ort _____ vom _____ bis _____

Teilnehmer/in: _____
Name, Vorname _____ geboren _____

Anschrift: _____ Berlin, _____

Schule: _____ Klasse: _____

Personensorgeberechtigte (Zahlungspflichtige): _____

Name, Vorname _____ Anschrift _____ Telefon _____

Teilnahmebeiträge werden nicht zurückgezahlt, wenn der/die Teilnehmer/in wegen Nichteinhaltens der Regeln den Ferienort vorzeitig verlassen muss.

Ich erkläre mich mit dem Aufenthalt meines Kindes am Ferienort einverstanden und gestatte das Baden, wenn hierzu die Erlaubnis gegeben wird.

Mein Kind kann – nicht – schwimmen. Es hat folgendes Schwimmzeugnis:*)

- a) Frühschwimmer Seepferdchen
- b) Deutsches Jugendschwimmabzeichen Bronze – Freischwimmer
- c) Deutsches Jugendschwimmabzeichen Silber
- d) Deutsches Jugendschwimmabzeichen Gold

Für mein Kind besteht – kein – ein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung – bei der Krankenkasse.

Hauptversicherter: _____ Name _____
Arbeitgeber des Hauptversicherten: _____ Geburtsdatum _____

Anschrift: _____

Kontaktschrift und Rufnummer während der Zeit des Ferienaufenthaltes: _____

Im Krankheitsfalle verpflichte ich mich, entstehende Krankenhilfekosten in voller Höhe zu meinen Lasten zu übernehmen.

Über die pädagogische Konzeption und über die beabsichtigte Feriengestaltung bin ich vom Veranstalter unterrichtet worden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Besuche am Ferienort ohne besonderen Anlass aus pädagogischen Gründen nicht gestattet werden.

_____ Berlin, den _____
(Unterschriften der Personensorgeberechtigten)

*) Zutreffendes bitte ankreuzen

Ärztliches Gutachten:

Der/Die Teilnehmer/in ist frei von ansteckenden Krankheiten, Hautausschlägen und Ungeziefer, nimmt – nicht – regelmäßig Medikamente.

Er/Sie ist – nicht – reisefähig.

(Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes)

Zahnärztliches Gutachten:

Der/Die Teilnehmer/in ist – nicht – einer zahnärztlichen Behandlung zuzuweisen.

(Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes)

Tetanus-Schutzimpfung

Es wird dringend empfohlen, die nachstehenden Fragen von einem Arzt ausfüllen zu lassen und hierzu alle Impfbescheinigungen mitzunehmen

1. Wann erfolgte eine Grundimmunisierung? _____
2. Bei passiver Immunisierung: Welches Serum? _____
3. Wann erfolgte letzte Auffrischung? _____

(Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes)

Impfbuch liegt – nicht – bei.

Besonderheiten (z. B. Medikamente, ärztl. Anweisungen) _____

Am Ferienort eingetroffen am: _____ verlassen am: _____