

ERKLÄRUNG DER/DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

INFORMATION

Mein Kind (Vorname, Name) _____

nimmt in der Zeit vom _____ bis _____ an einer Klassen-/Gruppenfahrt in das ADS-Schulheim Glücksburg teil. Ich bin über diese Fahrt genau informiert worden.

KOSTEN

Die Kosten pro Person werden voraussichtlich _____ Euro betragen.

ANSCHRIFT

Vorname, Name Personensorgeberechtigte/r _____

Anschrift _____

Telefon mit Vorwahl _____

KRANKENKASSE

Krankenversichert bei _____ Versichertennummer _____

☐ Privat versichert

☐ Ich gebe meinem Kind die Versichertenkarte mit.

MEDIKAMENTE

(falls ein Impfausweis vorhanden ist, bitte Kopie mitgeben)

☐ Mein Kind benötigt folgende Medikamente _____

☐ mein Kind ist gegen Tetanus geimpft, Datum _____ ☐ Mein Kind ist nicht gegen Tetanus geimpft

ALLERGIEN

☐ Mein Kind leidet an keinen Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten

☐ Mein Kind leidet an folgenden Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten:

ERKLÄRUNG DER/DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Haftpflichtversichert bei _____Versichertennummer _____

BADEN

Mein Kind darf während des Aufenthalts am Baden teilnehmen: ☐ ja ☐ nein

☐ Mein Kind ist Schwimmer, Schwimmbzeichen (ggf.) _____ ☐ Mein Kind ist Nichtschwimmer

FREIZEIT

☐ Mein Kind darf an Fahrradfahrten teilnehmen

☐ Mein Kind darf sich während der Fahrt in Kleingruppen nach Absprache frei bewegen. Es ist in der Lage, sich an abgesprochenen Verhaltensweisen zu halten

Mein Kind darf an Bootsfahrten im Klassen-/Gruppenverband ☐ teilnehmen ☐ nicht teilnehmen

ÜBERWEISUNG

Ich erkläre, dass mein Kind an dieser Fahrt teilnimmt und verpflichte mich, den anfallenden Kostenbeitrag in Höhe von _____ Euro bis zum _____ zu überweisen

Bankverbindung: Name der Bank _____

IBAN _____ BIC _____

VOLLMACHT

Ich erteile Herrn/ Frau _____ die Vollmacht, in meinem Namen alle mit der Klassen-/ Gruppenfahrt zusammenhängenden Rechtsgeschäfte abzuschließen und abzuwickeln und im Falle meiner Unerreichbarkeit für die Dauer des Aufenthalts gegenüber Arzt und Krankenhaus in unaufschiebbare ärztliche Eingriffe einzuwilligen.

SONSTIGES

Ich werde mein Kind innerhalb von 24 Stunden vom Unterkunftsort abholen, falls dieses aus gesundheitlichen Gründen oder im Falle schwerwiegender disziplinarischer Verfehlungen notwendig sein sollte. Sofern ich nicht selbst kommen kann, bin ich einverstanden, dass mein Kind mit einer Begleitperson auf meine Ksten nach Hause geschickt wird.

BEMERKUNGEN:

Außerdem ist Folgendes wichtig: _____

Datum

Ort

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten