

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

NOTFALLKUVERT

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

ggf. Gemeinde/Gruppe/Teillager



▲ EVANGELISCHE
JUGEND MÜNCHEN

Angaben zum/zur Teilnehmer*in:

Name _____ Vorname _____ Geb.-datum _____
 Strasse _____ PLZ/Wohnort _____ Telefon _____

Evangelische Jugend München
 Bad-Schachener-Str. 28
 81671 München
 Tel: 089 / 123 96-0
 Fax: 089 / 123 96-160
 eMail: ejm@elkb.de
 www.ej-muenchen.de

Personalien der Eltern/Erziehungsberechtigten (bei Volljährigen: die zu kontaktierenden Personen):

Mutter: _____ Vater: _____
 Name und Vorname _____ Name und Vorname _____
 Anschrift _____ Anschrift _____
 Telefon privat _____ Mobiltelefon _____ Telefon privat _____ Mobiltelefon _____

Bei getrenntem Sorgerecht, Sorgeberechtigten einkreisen
Bitte informieren Sie uns bei schwierigen Familiensituationen / Trennung

Wo kann der/die Teilnehmer*in untergebracht werden, falls die Maßnahme vorzeitig endet oder der/die Teilnehmer*in heimgeschickt werden muss und keine der oben genannten Personen erreichbar ist?

Name _____ Anschrift und Telefon _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass im Kuvert folgendes enthalten ist:

Krankenkassen-Chipkarte:
 Ja Nein (privat)
 ggf. Kopie der Krankenkassenkarte d. Hauptversicherten

Impfpass (in Kopie)
 Ja Nein

Auslandskrankenschein /
 priv. Auslandsk.-versich.
 Ja Nein

.....
Unterschrift

Badeerlaubnis:

Der/die Teilnehmer*in ist Schwimmer*in / Nichtschwimmer*in und darf an Schwimmveranstaltungen, auch in freien und fließenden Gewässern teilnehmen.

ja nein unter Aufsicht

Aufsicht bei Jugendlichen (bis einschl. 17 Jahre):

Der/die Teilnehmer*in darf stundenweise unbeaufsichtigt unterwegs sein:

z.B. auf der Skipiste, bei Stadtbesichtigungen, Ausflügen, etc.

ja nein

Hinweise zur Ernährung (Lebensmittelunverträglichkeiten, Allergien...):

Vegetarier*in Veganer*in Sonstiges: _____

Medizinische Hinweise / Informationen:

Ich erkläre hiermit, dass der/die Teilnehmer*in aufgrund ärztlicher Verordnung folgende Medikamente einnehmen muss und an den folgenden ansteckenden und nicht ansteckenden Krankheiten leidet und/oder folgende Behinderungen und/oder Allergien hat:

Impfungen: Diphtherie (20___) FSME (20___) Hepatitis A (20___) Hepatitis B (20___) Influenza (20___) Masern (20___)
 Mumps (20___) Pertussis (20___) Polio (20___) Röteln (20___) Tetanus (20___) Tollwut (20___) Tuberkulose (20___)

Anmerkungen, Ergänzungen, wichtige Informationen für die Betreuer*innen:

Der/die Teilnehmer*in ist angewiesen, den Anordnungen der Leitung Folge zu leisten. Die Leitung haftet nicht für abhanden gekommene Gegenstände und auch nicht für die Folgen von selbständigen Unternehmungen der Teilnehmenden, die nicht von der Leitung der Maßnahme angesetzt sind. Ein/e Teilnehmer*in der Maßnahme kann auf eigene Kosten nach Hause geschickt werden, wenn ihr/sein Verhalten die Maßnahme gefährdet oder undurchführbar macht.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz: Diese Angaben werden nur in der Evang. Jugend München verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Nach Beendigung der Maßnahme werden Ihre personenbezogenen Daten vernichtet.

Ich versichere, dass ich die obigen Hinweise zur Kenntnis genommen habe, alle Angaben nach bestem Wissen gemacht habe und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ort / Datum _____

Unterschrift _____