|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **vom:** | 17.05.2024 | **bis:** | 20.05.2024 | **in:** | Metzingen |

**Einverständniserklärung der Eltern/Erziehungsberechtigten für Minderjährige**

**Angaben zur Person** **(bitte genau ausfüllen)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name:** |  | | | **Geb.-Datum:** | | |  |
| **Vorname:** |  | | | **Tel.:** |  | | |
| **PLZ:** |  | **Ort:** |  | | | | |
| **Verein:** |  | | | **Mitgl.-Nr.:** | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Die oben genannte Person ist gegen Wundstarrkrampf geimpft: | | Ja | Nein |
| Die oben genannte Person kann schwimmen: | | Ja | Nein |
| Die oben genannte Person muss regelmäßig Medikamente einnehmen: | | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche ? |  | | |
| Die oben genannte Person muss eine Diät einhalten: | | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche ? |  | | |
| Sonstige Hinweise (Bluter, keine Bluttransfusionen, usw.) | | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche ? |  | | |
| Die oben genannte Person ist Vegetarier: | | Ja | Nein |
| Anreise am Freitag (Lagerordnung gilt !!!) | | Ja | Nein |
| Abendessen im Verein am FR: | | Ja | Nein |
| Frühstück im Verein am SA: | | Ja | Nein |
| Mittagessen im Verein am MO (kostenpflichtig) | | Ja | Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Wir sind darüber informiert, dass die oben genannte Person bei groben Verstößen gegen die Lagerordnung (z.B. Alkoholverbot usw.) vorzeitig von mind. einem Erziehungsberechtigten abgeholt wird. Sollte - bedingt durch einen Unfall – die oben genannte Person in ein Krankenhaus eingeliefert werden müssen, unter welcher Tel.-Nr. und Anschrift kann man Sie dann zu jeder Tages- und Nachtzeit unverzüglich erreichen? | |
| **Name, Telefon-Nr.:** |  |
| **Anschrift (PLZ, Ort, Straße)** |  |
| Wir möchten für die Zeit des Zeltlagers eine zusätzliche Unfallversicherung abschließen und nehmen das Angebot des Verbandes an. Wir überweisen zusätzlich € 2,-- zum Zeltlagerbeitrag.  Hinweis zur Unfallversicherung:  In dem Beitrag von € 2,-- sind enthalten:  Krankenhaustagegeld in Höhe von € 10,--, Versicherung im Invaliditätsfall in Höhe von € 51.000,--  Versicherung im Todesfall in Höhe von € 10.200, **Falls gewünscht, bitte ankreuzen** | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Teilnehmerbeitrag:** |  | **+ Versicherung:** |  | **Gesamtbeitrag:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ich bin Alleinerziehend  Ich habe das alleinige Sorgerecht  Ich habe das Aufenthaltsbestimmungsrecht |  | Ort, Datum |
|  |  |

***Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten***

Aus versicherungstechnischen Gründen erbitten wir die Unterschrift aller Erziehungsberechtigten.

**Bitte unbedingt Krankenversicherungskarte mitbringen !**