|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 !**