

Freizeitpass- Jugend SRV

Bitte ausgefüllt zum Zeltlager mit bringen
!!!

Teilnehmer/ in

Name:

Vorname:

Straße:

Wohnort:

Geb.-Datum:

Tel. Nr.:

(unter der Sie 24h erreichbar sind)

Angaben für ärztliche Hilfe

Ist der/die Teilnehmerin gegen Wundstarrkrampf
geimpft?

☐ ja

☐ nein

Ich bin einverstanden, daß mein Kind im akuten
Krankheitsfall in ärztliche Behandlung gegeben
wird bzw. ich/ wir unter Tel. Nr.:
Informiert werden.

☐ ja

☐ nein

Krankenversicherung: (z.B. AOK, DAK) :

Darf Ihr Kind an Wanderungen und Ausflügen
teilnehmen?

☐ ja

☐ nein

Darf Ihr Kind zu Ausflügen mit den Betreuern
und Ihren privaten PKW`s befördert werden?

☐ ja

☐ nein

Ort/ Datum:

Durchführung der Maßnahme:

Sport- und Freizeitgelände Schönbrunn/V.
vom 01.- 03.08. 2025
Hartmut Schätzer , Tel.: 0152/25480763

Worauf ist besonders zu achten?

(z.B. Zahnsperre tragen, Bettnässen,
Medikamente einnehmen, Allergien, und
ähnliches)

Badeerlaubnis

☐ Ja, unter Aufsicht

☐ Nein

☐ Schwimmstufe:

☐ Nichtschwimmer

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: