

ANMELDUNG ZUR FREIZEIT

sowie „Personenbogen und Erklärung der Sorgeberechtigten zu persönlichen und gesundheitlichen Besonderheiten“

Hiermit melde ich mich bzw. wir unser Kind verbindlich zu folgender Freizeit an:

Name der Veranstaltung/Freizeit: Segelfreizeit Ijsselmeer Pfingsten 2026
Veranstalter: Evangelische Kirchengemeinde Fahrenbach
Verantwortliche Begleitpersonen: Pfr. Michael Roth-Landzettel, Pfrin. Esther Fauß und Team
Zeit und Ort: 25.05.2026, 8.00 Uhr bis 29.05.2026, ca. 19.00 Uhr.
Abfahrt und Ankunft jeweils: Wahrscheinlich ab Strümpfelbrunn – auf jeden Fall ein Ort im Kooperationsraum Neckartal-Hoher Odenwald
Aufenthalt: Ijsselmeer (wahrscheinlich ab/an Enkhuizen, NL) auf einem Schiff der „Naupar-Flotte“ (<https://www.naupar.de/schiffe/>) je nach Anmeldezahlen.
Preis: 440€ (Fahrt, Unterkunft, Verpflegung vor Ort als Selbstversorger)
Packliste: Schlafsack oder 16€ in bar für eine Bettdecke, Kulturbeutel inkl. Handtücher und Seife, ggf. **Medikamente, Ausweis/Reisepass, Krankenversicherungskarte** oder Informationen zur PKV, Kleidung (auch Regensachen), gerne ein Instrument, Taschengeld (nähere Infos folgen.)

Ich habe die allgemeinen „Anmelde- und Teilnahmebedingungen“ gelesen und stimme diesen zu. Diese sind einsehbar unter <https://www.ev-fahrenbach.de/Jugendfreizeiten>

1. PERSONENBEZOGENE DATEN

Vorname	Nachname
Straße	Hausnummer
PLZ	Wohnort
Geb.-Datum	Geb.-Ort
Staatsangehörigkeit/ Nationalität	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers



Bitte zutreffendes ankreuzen:

Personalausweis-
/Reisepass-Nr.:

Gültig bis:

Hinweis: Eine Kopie des gültigen Einreisedokuments unseres Kindes legen wir dieser Erklärung bei!

2. VERSICHERUNGEN

Unser Kind ist Mitglied in folgender Krankenkasse _____ Versicherungs-Nr. _____

Name der Mutter/ des Vaters, über den das Kind versichert ist: _____

Name des Hausarztes unseres Kindes _____ Wohnort, Telefon _____

Auslandsreisekrankenversicherung? ja / nein // Versicherung und Versicherungsschein-Nr.:

private Haftpflichtversicherung? ja / nein // Versicherung und Versicherungsschein-Nr.:

3. ERREICHBARKEIT DER SORGBERECHTIGTEN UND DES TEILNEHMERS

Für Rückfragen jeglicher Art, etwa bei Änderungen der Rückkehrzeit, zur Abklärung von gesundheitlichen Beschwerden, einer Medikamentengabe oder einer ärztlichen Behandlung oder bei verhaltensbedingten Gründen ist es unerlässlich, dass die Ev. Jugend bzw. die Teamer*innen ohne Verzögerung Kontakt zu Ihnen aufnehmen können.

Wir sind während der Reise kontinuierlich (24h) wie folgt erreichbar:

_____ Adresse (ggf. eigene Urlaubsadresse abweichend vom Wohnort)		_____ Telefon Festnetz privat/ Urlaubstelefon
_____ Telefon mobil 1	_____ Telefon mobil 2	_____ Telefon beruflich
_____ Email-Adresse 1		_____ Email-Adresse 2
_____ Ggf. weitere Telefonnummern (mobil, dienstlich)		

Für den Fall unserer Abwesenheit/ Nichterreichbarkeit benennen wir folgende Ansprechperson (Freunde, Nachbarn oder Verwandte) für dringliche Rücksprachen:

_____ Name	_____ Adresse	_____ Telefon
---------------	------------------	------------------

Wir sorgen dafür, dass unser Kind auch im Ausland erreichbar ist, sofern es sich in Kleingruppen ohne direkte Aufsicht bewegen darf. Telefonnummer (Roaming ist aktiviert!): _____

4. BADEERLAUBNIS, PROGRAMMANGEBOTE, BESONDERE EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNGEN

- Wir sind damit einverstanden, dass sich unser Kind bei Landgängen frei und ohne Aufsicht in Gruppen von mindestens drei Personen bewegen darf: ja / nein
- Uns ist bewusst, dass die Reise ins Ausland (Niederlande) geht und wir stimmen ausdrücklich zu, dass unser Kind Deutschland verlässt und in die Niederlande einreist. Wir sorgen dafür, dass unser Kind ein gültiges Ausweisdokument dabei hat (Personalausweis oder Reisepass).
- Uns ist bewusst, dass der Aufenthalt auf einem Segelschiff auf dem Wasser stattfindet. Wir haben unser Kind auf die Gefahren und die Notwendigkeit des achtsamen Verhaltens an Deck hingewiesen.
- Unser Kind ist Nicht-Schwimmer / Schwimmer mit Schwimmabzeichen: _____
- Unser Kind kann sich – auch wenn es kein Schwimmabzeichen besitzt – mindestens 10 Minuten schwimmend über Wasser halten: Ja / Nein
- Unser Kind darf: nur mit Aufsicht / auch ohne Aufsicht / überhaupt nicht in Schwimm- und Freibädern schwimmen gehen (auch ohne Aufsicht: Mindestgruppenszahl ist immer drei Teilnehmer)
- Unser Kind darf: nur mit Aufsicht / auch ohne Aufsicht / überhaupt nicht in Seen, Flüssen oder Meer (insbesondere dem IJsselmeer) schwimmen gehen (auch ohne Aufsicht: Mindestgruppenszahl ist immer drei Teilnehmer).

5. ANGABEN ZU BESONDERHEITEN, KRANKHEITEN UND BEHINDERUNGEN

Unser Kind hat - nach unserem Wissen - zum jetzigen Zeitpunkt

körperliche Beschwerden oder gesundheitliche Erkrankungen (Herzleiden, Asthma, Diabetes, Allergien, Sehschwäche, Anfallsleiden, ADHS, Essstörung, Hitzeempfindlichkeit, Bettnässen, psychische Erkrankungen etc.), Behinderungen oder Beeinträchtigungen, die sich in bestimmten Situationen, im Rahmen geplanter Aktivitäten (Sport, Spiel, Schwimmen etc.) oder ggf. auch ohne Anlass bemerkbar machen könnten und die für die Teamer*innen in der Regel weder äußerlich noch aufgrund des Verhaltens unseres Kindes erkennbar sind:

Nein // Ja (Wenn Ja angekreuzt wurde, bitte näher ausführen um welche Besonderheiten, Erkrankungen, Behinderungen es sich handelt:

Bitte geben Sie auch an, seit wann Ihnen sowie Ihrem Kind die Erkrankung, Behinderung oder Beeinträchtigung bekannt ist, ob diese in bestimmten Situationen mit höherer Wahrscheinlichkeit auftreten sowie ob Ihr Kind mit den Symptomen bereits vertraut ist.

Sofern im Hinblick auf diese Angaben aus Ihrer Sicht bei der Betreuung ihres Kindes besondere Dinge zu beachten sind, geben Sie bitte den Teamer*innen weitere Informationen auf einem Beiblatt bzw. nach telefonischer Rückfrage.

- Eine FSME-Impfung ist vorhanden: ja // nein
- Eine Tetanus-Schutzimpfung ist vorhanden und nicht älter als 10 Jahre: ja // nein

Es besteht eine Allergie, Überempfindlichkeit oder Unverträglichkeit gegenüber

(z.B. Medikamentenwirkstoffe, Insektenstiche, Pollen, Tierhaare... - alles außer Lebensmittel, die weiter unten abgefragt werden)

6. MEDIKAMENTENEINNAHME

Unser Kind muss aufgrund einer ärztlichen Verordnung regelmäßig Medikamente zu sich nehmen:

- Ja / Nein // Falls ja, muss der Medikamentenplan (s. letzte Seite) mitgegeben werden



- Unser Kind führt die entsprechenden Medikamente selbst mit und kann diese auch eigenverantwortlich selbst einnehmen. Unser Kind ist über die Wirkweise und Dosierung der Medikamente aufgeklärt.
- Wir werden die auf dem Medikamentenplan aufgeführten Medikamente zu Beginn der Reise an die Teamer*innen übergeben und wünschen, dass diese für die Dosierung und Einnahme der Medikamente gemäß Dosierungshinweis Sorge tragen.
Hinweis: In diesem Fall muss der Medikamentenplan vom Arzt unterschrieben sein.
- Wir haben unserem Kind weitere Medikamente für übliche Beschwerden mitgegeben (zum Beispiel gegen Kopfschmerzen und Reiseübelkeit) und es über die Wirkweise und Dosierung der Medikamente aufgeklärt. Unser Kind ist darüber informiert, dass die Weitergabe von Medikamenten an andere Mitreisende nicht gestattet ist.
- Für das Mitführen einzelner unserem Kind oder den Teamer*innen übergebener Medikamente ist eine Bescheinigung nach Art. 75 des Schengener Durchführungsabkommens (www.bfarm.de) erforderlich (z. B. Medikamente zur Behandlung von ADHS). Wir werden dieses Dokument spätestens bei Antritt der Reise den Teamer*innen übergeben. Uns ist bekannt, dass ohne dieses Dokument unserem Kind die Teilnahme an der Reise, insbesondere wenn diese in das Ausland führt, verweigert werden kann.

Für den Fall, dass Sie hier Angaben gemacht haben, kann es sein, dass die Ev. Kirchengemeinde oder die Teamer*innen Kontakt zu Ihnen aufnehmen, um einige wichtige Fragen zu den angegebenen Erkrankungen sowie zur Medikamenteneinnahme mit Ihnen zu besprechen.

Die Ev. Kirchengemeinde weist darauf hin, dass es den Teamer*innen im Rahmen ihrer Aufsichtspflicht nicht erlaubt ist, eigenverantwortlich medizinische Diagnosen zu treffen und ohne ausdrückliche Erlaubnis der Sorgeberechtigten oder ohne Verordnung durch einen Arzt Medikamente zu verabreichen. Falls bei Ihrem Kind mit dem Auftreten von bestimmten Krankheiten (Übelkeit, Kopfschmerzen, Durchfall etc.) zu rechnen ist, steht es Ihnen frei, Ihrem Kind Medikamente hierfür mitzugeben und es genau anzuweisen, wann und wie diese anzuwenden sind. Im Falle von Erkrankungen werden die Teamer*innen, bevor vor Ort ein Arzt konsultiert wird, immer versuchen, Kontakt mit Ihnen aufzunehmen, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

7. ARZT- UND KRANKENHAUSBESUCH

Sollte Ihrem Kind bei der Reise etwas zustoßen und eine ärztliche Behandlung oder ein ambulanter/ stationärer Aufenthalt in einem Krankenhaus erforderlich werden, werden die Teamer*innen versuchen, unverzüglich mit Ihnen Kontakt aufzunehmen. Wir sind damit einverstanden, dass vom Arzt ggf. für dringend erachtete Schutzimpfungen (z. B. Tetanus) sowie sonstige ärztliche Maßnahmen veranlasst werden können, wenn unser Einverständnis aufgrund besonderer Umstände nicht mehr rechtzeitig vor der Maßnahme eingeholt werden kann.

8. QUALIFIZIERTE ERSTE HILFE BZW. BESONDERE MEDIZINISCHE EINGRIFFE DURCH DIE TEAMER*INNEN

Uns ist bekannt, dass es den Teamer*innen ohne eine ausdrückliche Einwilligung der Sorgeberechtigten nicht gestattet ist, eigene Maßnahmen über die Erste Hilfe hinaus zu ergreifen. In einigen Fällen lässt sich durch ein rasches Eingreifen nicht nur eine Ausweitung der Verletzung/Erkrankung, sondern auch ein Arzt- oder Krankenhausbesuch vermeiden.

Wir gestatten den Teamer*innen:

- ja nein Die Desinfektion von offenen Wunden mit handelsüblichen Desinfektionsmitteln.
 ja nein Unserem Kind rezeptfreie Medikamente z.B. gegen Kopfschmerzen oder Reiseübelkeit zu geben.
 ja nein Das Entfernen von Fremdkörpern aus den oberen Hautschichten (Holzsplitter, Glasscherbe, Bienenstachel etc.) mit speziell hierfür vorgesehenen Hilfsmitteln und die anschließende Desinfektion der Wunde mit handelsüblichen Desinfektionsmitteln.
 ja nein Das Entfernen von Zecken mit speziell hierfür vorgesehenen Hilfsmitteln und die anschließende Desinfektion der Wunde mit handelsüblichen Desinfektionsmitteln.

Uns ist bekannt, dass die Teamer*innen nur berechtigt, aber nicht verpflichtet sind, solche Maßnahmen zu ergreifen.

9. SPEISEN UND GETRÄNKE

Im Hinblick auf **Speisen** und **Getränke** bzw. deren Zubereitung muss bei unserem Kind auf folgendes besonders geachtet werden:

- Laktoseintoleranz Diabetes Glutenunverträglichkeit
 vegetarische Verpflegung vegane Verpflegung (TN muss sich selbst kümmern)
 _____ _____

Es besteht eine Allergie/ Überempfindlichkeit gegenüber folgenden Lebensmitteln/ Zutaten
(z.B. Weizenmehl, Nüsse, Eiern etc.)

Wir erklären hiermit, dass unser Kind - nach unserem Wissen - zurzeit nicht an einer ansteckenden Krankheit nach § 34 des Infektionsschutzgesetzes (z. B. Masern, Windpocken, Röteln, Keuchhusten, Scharlach, Läusebefall usw.) leidet. Des Weiteren erklären wir, dass wir mit der Ev. Jugend unverzüglich Kontakt aufnehmen werden, wenn es oder ein*e Familienangehörige*r in den letzten 6 Wochen vor Beginn der Reise an einer solchen ansteckenden Krankheit erkrankt oder von Läusen befallen ist. Uns ist bewusst, dass eine solche ansteckende Erkrankung die Teilnahme unseres Kindes an der Reise ausschließt oder - sollte die Erkrankung am Urlaubsort eintreten - ggf. eine vorzeitige Heimreise unseres Kindes erforderlich machen kann.
Sollte vor der Freizeit eine Änderung eintreten, verpflichten wir uns, die Freizeitleitung davon in Kenntnis zu setzen.

10. DATENSCHUTZ

Bezüglich des Datenschutzes stimme ich mit der Anmeldung den Bestimmungen in den „Anmelde- und Teilnahmebedingungen“ zu. Darüber hinaus habe ich die Möglichkeit, der zusätzlichen „Einwilligung Veröffentlichung und Speicherung von Daten § 6 Nr. 2 DSGVO“ zuzustimmen.

Dieses Dokument enthält Bestimmungen einerseits bezüglich der Kommunikation des Teams mit den Teilnehmern und der Teilnehmer untereinander und andererseits bezüglich der Öffentlichkeitsarbeit der an der Freizeit beteiligten Kirchengemeinden.

Es ist mir bekannt und ich habe mein Kind darüber informiert, dass es keine Fotos anderer Personen ohne deren Einwilligung an andere weiterleiten oder veröffentlichen darf. Ich bin mir bewusst, dass der Veranstalter jedoch keinen Einfluss auf Fotos oder Videos hat, die andere Teilnehmer machen.

11. SONSTIGE HINWEISE

Für die Betreuung unseres Kindes geben wir

- keine
 die nachfolgend aufgeführten

weiteren Hinweise, die für eine individuelle Aufsichtsführung wichtig sind (z. B. besondere Fähigkeiten und Interessen, besonderer Förderbedarf in bestimmten Situationen, besondere Anforderungen an die Aufsichtspflicht in bestimmten Situationen etc.)

Wichtig: Sollte sich bis zum Beginn der Reise an den obigen Informationen etwas ändern; insbesondere im Falle der Änderung von Adress- und Kontaktdaten, wenn neue Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen bekannt werden bzw. wenn einzelne Informationen nicht mehr zutreffen, so sind Sie im eigenen Interesse verpflichtet, dies umgehend der Ev. Jugend mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der*s Reisenden

Unterschrift der*s Personensorgeberechtigten

MEDIKAMENTENPLAN FÜR:

Vorname

Nachname

Geb.-Datum

	Medikament 1	Medikament 2	Medikament 3	Medikament 4
Name des Medikaments				
Einnahme	<input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Sa. <input type="checkbox"/> So.	<input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Sa. <input type="checkbox"/> So.	<input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Sa. <input type="checkbox"/> So.	<input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Sa. <input type="checkbox"/> So.
Morgens	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Mittags	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Abends	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Vor dem Schlafengehen	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Bemerkungen (z.B. gekühlt lagern etc.)				

Im Hinblick auf Wechselwirkungen mit den oben angegebenen Medikamenten darf Alkohol konsumiert werden: ja nein

Fällt eines der oben aufgeführten Medikamente unter das Betäubungsmittelgesetz? Ja Nein

Wenn ja, bitte zusätzlich das Formular „Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung – Artikel 75 des Schengener Durchführungsabkommens“ ausfüllen.

Die oben genannte Person führt Notfallmedikamente mit sich: Ja Nein; Bei ja: Welche und wofür? _____

Die oben genannte Person führt Bedarfsmedikamente mit sich: Ja Nein; Bei ja: Welche und wofür? _____

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Unterschrift der*s behandelnden Ärztin/Arztes, Stempel