

# Erklärung der Eltern / des gesetzlichen Vertreters

zum Schullandheimaufenthalt auf der Wegscheide



## Badeerlaubnis

Hiermit gebe/n ich/wir mein/unser Einverständnis, dass das Kind \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_ im Rahmen des Wegscheideaufenthalts vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ unter Aufsicht badet.

Sollten Umstände eintreten, die eine Teilnahme am Baden verbieten oder unzumutbar erscheinen lassen, verpflichte/n ich mich/wir uns, die verantwortliche Lehrperson unverzüglich zu benachrichtigen. Das Kind verfügt über folgende Schwimmkenntnisse:

- Nichtschwimmer
- Schwimmer und hat folgende Schwimmabzeichen:
  - Jugendschwimmpass Bronze
  - Jugendschwimmpass Silber
  - Jugendschwimmpass Gold

Besondere Hinweise: (z. B. Trommelfellverletzung, andere Krankheit, „hat Angst vor dem Tauchen“ etc.)

Mir/uns ist bekannt, dass diese Erlaubnis so lange gilt, bis sie von mir/uns durch Erklärung gegenüber der verantwortlichen Lehrperson widerrufen wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

## Erklärung

1. Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass mein / unser Kind

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

bei lebensgefährlicher Erkrankung während des Wegscheideaufenthaltes in ein Krankenhaus eingewiesen wird und dass der/die zuständige Arzt/Ärztin erforderlichenfalls eine Operation vornimmt. Ich / Wir nehmen/n davon Kenntnis, dass sich der/die Arzt/Ärztin nach Möglichkeit vor einer Operation mit den Erziehungsberechtigten in Verbindung setzen wird, um deren Einwilligung für den ärztlichen Eingriff zu erhalten.

Ich bin / Wir sind telefonisch unter folgender Nummer zu erreichen: .....

2. Ich bin / Wir sind außerdem damit einverstanden, dass der Transport des Kindes zu einer ärztlichen Untersuchung bzw. Behandlung im Bedarfsfall mit dem Privatfahrzeug des Lehrers/Betreuers oder der Lehrerin/Betreuerin erfolgen kann.

3. Bei meinem / unserem Kind wurden verschiedene Schutzimpfungen durchgeführt. Eine Kopie des Impfbuches geben wir dem Lehrer / Betreuer, der Lehrerin / Betreuerin mit.

Mein / Unser Kind ist gegen folgende Krankheiten geimpft (Angabe der letzten Impfung):

- Tetanus (Impfung \_\_\_\_\_)

Hinweise auf Allergien und Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden müssen:

Während des Aufenthalts kann es wie überall im Freien zu Zeckenbissen kommen. Bitte befragen Sie Ihr Kind nach dem Aufenthalt, ob es von einer Zecke gebissen wurde und kontaktieren ggf. den Hausarzt.

4. Mein Kind ist bei folgender Krankenkasse familienversichert: \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Die Krankenversicherungskarte gebe ich meinem Kind mit.

5. von den Begleitpersonen medizinische Hilfe (entsprechend des Erlasses vom 21.05.02) erhalten darf. Dazu gehören zum Beispiel das Entfernen von Zecken oder nach Absprache mit den Eltern die Gabe von Medikamenten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten