

Einwilligung der gesetzlich Verantwortlichen und ärztliche Freigabe

Jeder Teilnehmer (einschließlich der Führungsverantwortlichen) füllt dieses Formular separat für jede Veranstaltung oder Aktivität aus, die mit einer Übernachtung, einer Fahrt außerhalb des örtlichen Gebiets oder mit einem höheren Risiko als gewöhnlich verbunden ist (siehe *Allgemeines Handbuch: Wie man in der Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tage dient*, 20.5.5, 20.7.4, 20.7.7). Der Leiter der Veranstaltung oder Aktivität muss während der Aktivität auf das Formular jedes Teilnehmers zugreifen können.

Einzelheiten zur Veranstaltung (vom Veranstaltungsplaner auszufüllen)

Veranstaltung		Veranstaltungstermin(e)
Beschreiben Sie die Veranstaltung und Aktivitäten (bitte machen Sie konkrete Angaben)		
Gemeinde	Pfahl	
Leiter(in) der Veranstaltung oder Aktivität	Leiter(in) der Veranstaltung oder Aktivität – Telefonnummer	Leiter(in) der Veranstaltung oder Aktivität – E-Mail-Adresse

Kontaktangaben

Teilnehmer	Geburtsdatum	Alter
Telefonnummer		
Anschrift	Ort	Bundesland o. Ä.
Kontaktperson für den Notfall (Erziehungsberechtigter)	Haupt-Telefonnummer	Zweite Telefonnummer

Medizinische Auskünfte

Muss der Teilnehmer eine besondere Ernährungsweise einhalten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, bitte Beschränkungen erläutern:
Hat der Teilnehmer irgendwelche Allergien? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, bitte Allergien auflisten:
Bitte führen Sie alle verschreibungspflichtigen und rezeptfreien Medikamente auf, die der Teilnehmer einnimmt. Lassen Sie das Feld leer, falls er keine Medikamente einnimmt.	
Kann er sich seine Medikamente selbst verabreichen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls nein, bitte direkt die Leitung der Veranstaltung oder Aktivität kontaktieren.	

Gesundheitliche Probleme, die die Mitwirkung einschränken

Hat der Teilnehmer eine chronische oder wiederkehrende Krankheit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, bitte erläutern.
Wurde der Teilnehmer im vergangenen Jahr operiert oder war er schwer krank? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, bitte erläutern.

Benennen Sie alle sonstigen Beschränkungen oder Beeinträchtigungen, die den Teilnehmer hindern könnten, an der Veranstaltung/Aktivität in vollem Umfang teilzunehmen.

Sonstige besondere Bedürfnisse

Benennen Sie alle sonstigen Bedürfnisse des Teilnehmers oder Bedenken seinerseits, von denen der Planer der Veranstaltung/Aktivität wissen sollte (fügen Sie bei Bedarf zusätzliche Seiten bei).

Genehmigung

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind an der oben genannten Veranstaltung oder Aktivität teilnimmt (Ausnahmen siehe Vermerke), und bevollmächtigt die erwachsenen Führungsverantwortlichen, die die Veranstaltung beaufsichtigen, im Falle eines Unfalls oder einer Erkrankung an meiner Stelle die nötigen medizinischen Vorkehrungen zu treffen. Diese Einverständniserklärung ist gültig für den Zeitraum dieser Veranstaltung sowie für die Hin- und Rückfahrt.

Beachten Sie bitte: Einheiten der Kirche sind möglicherweise nicht in der Lage, jede medizinische, körperliche oder sonstige Versorgung zu gewährleisten, und werden gebeten, sich mit den Eltern oder Erziehungsberechtigten darüber zu beraten, was möglich ist.

Der Teilnehmer ist für sein Verhalten selbst verantwortlich und ist sich der Maßstäbe der Kirche, der Sicherheitsvorschriften für das Lager/die Veranstaltung und sonstiger

einschlägiger Anweisungen bewusst und bereit, sich dementsprechend zu verhalten. Verhalten und Umgang des Teilnehmers müssen den Maßstäben der Kirche und dem Beispiel entsprechen, das Christus gegeben hat.

Eltern wie Teilnehmern muss bewusst sein, dass die Teilnahme an einer Aktivität kein Recht, sondern ein Vorzug ist, der aberkannt werden kann, wenn der Teilnehmer sich unangemessen verhält oder für sich selbst oder andere eine Gefahr darstellt.

Diese Angaben werden erfasst, damit sich die Leiter der Veranstaltung oder Aktivität oder die medizinischen Kräfte besser vorbereiten und auf gesundheitliche Probleme oder einen Notfall angemessen reagieren können. Sie werden vertraulich behandelt und nur bei Bedarf weitergegeben.

Unterschrift Teilnehmer	Datum
Unterschrift gesetzlich Verantwortlicher (wenn der Teilnehmer minderjährig ist)	Datum