

| | | |
|--|---|----------------------|
|  | Offenes sozial-christliches Hilfswerk e.V., Bautzen Goschwitzstraße 15 • 02625 Bautzen • Tel: 03591/48930 • Fax: 03591/489328 • Mail: anmeldung@osch-ev.de Mitglied im Diakonischen Werk Sachsen e. V. • Träger freier Jugendhilfe • Mitglied bei Teen Challenge Deutschland | |
| Kinder- und Jugendarbeit | Fragebogen Rüstzeit | Stand: 08.07.2020 |

FRAGEBOGEN

Wir bitten um die Beantwortung der folgenden Fragen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Der ausgefüllte Fragebogen ist zum Rüstzeitbeginn mitzubringen.

1 Name, Adresse

Name, Vorname:

geb. am:

Anschrift:

2 Meine Tochter/mein Sohn ist bei folgender Krankenkasse versichert:

3 Der/die Erziehungsberechtigte/n sind während der Rüstzeit zu erreichen unter:

Anschrift:

Tel.:

4 Ich erkläre mein Einverständnis, dass meine Tochter/mein Sohn an der Rüstzeit:

vom

bis

in

teilnehmen kann, und weise sie/ihn darauf hin, dass sie/er den Anweisungen der Verantwortlichen Folge zu leisten hat. Wenn sie/er diese Regeln auch nach Ermahnen nicht einhält, haben die Verantwortlichen die Erlaubnis, mein Kind mit einem öffentlichen Verkehrsmittel nach Hause zu schicken.

5 Wir erlauben unserer Tochter/ unserem Sohn die Teilnahme an folgenden Aktivitäten:

Baden

sportliche Aktivitäten wie Fußball, Tischtennis, Geländespiel

6 Meine Tochter/mein Sohn ist:

Nichtschwimmer/in

Schwimmer/in

Rettungsschwimmer/in

| | | |
|---|---|----------------------|
|  | Offenes sozial-christliches Hilfswerk e.V., Bautzen Goschwitzstraße 15 • 02625 Bautzen • Tel: 03591/48930 • Fax: 03591/489328 • Mail: anmeldung@osch-ev.de Mitglied im Diakonischen Werk Sachsen e. V. • Träger freier Jugendhilfe • Mitglied bei Teen Challenge Deutschland | |
| Kinder- und Jugendarbeit | Fragebogen Rüstzeit | Stand: 08.07.2020 |

7 Ich teile Ihnen mit, dass folgende gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei meiner Tochter/meinem Sohn bestehen:

8 Entfernung von Zecken
 Ich/wir erlauben den Mitarbeitern bei meinem Kind Zecken an unempfindlichen Stellen selbst zu entfernen. (Bei schwierigen Stellen gehen wir natürlich zum Arzt):

ja nein

9 Meine Tochter/mein Sohn leidet an folgenden Allergien/ Überempfindlichkeiten gegen bestimmte Nahrungsmittel/Stoffe/Medikamente:

10 Weiteres:

Asthma/Heuschnupfen Diät
 Epilepsie Diabetes

Infektionskrankheiten – wenn ja, welche:

Nach persönlichem Einschätzen liegen keine COVID-19-Symptome vor.

11 Die Einnahme folgender Medikamente ist erforderlich:

| Name Medikament | Dosierung |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

12 Gegen die Teilnahme meiner Tochter/meines Sohnes an der Rüstzeit bestehen keine gesundheitlichen Bedenken. Ich/wir erklären, dass die vorstehenden Fragen gewissenhaft beantwortet wurden und dass keine weiteren Behinderungen oder Schäden vorliegen.

13 Fotos von dieser Rüstzeit, auf denen mein Kind zu sehen ist, können in angemessener Weise für Publikationen des Osch e.V. verwendet werden:

Ich bin einverstanden
 Ich bin nicht einverstanden

14 Unterschrift
 Ort, Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten