

## Adresse der Eltern/Erziehungsberechtigten

(Name, Vorname/n)

(Straße/Nr.)

(PLZ/Ort)

## Angaben zu meinem/unserem Kind

(Die folgenden Angaben werden von der Schule vertraulich behandelt.)

### Grundlagen:

1. Name des Kindes: ..... geboren am: .....
2. Name und Anschrift der/des Erziehungsberechtigten:  
.....
3. Im Notfall bin ich/sind wir unter folgender Telefonnummer zu erreichen:  
Handy: ..... Privat: .....  
dienstlich: .....  
für den Notfall: Telefonnummer eines Verwandten oder einer Vertrauensperson:  
Name: ..... Telefon: .....
4. Ich habe/wir haben die Kosten in Höhe von ..... Euro  Ja  Nein  
bereits vollständig auf das angegebene Konto überwiesen.  
Ich werde die noch ausstehenden Kosten bis zum ..... überweisen.

### Gesundheit:

5. Krankenversicherung meines/unseres Kindes: .....  
(Bitte die Versicherungskarte vor Fahrtantritt übergeben!)
6. Impfungen: Tetanus vorhanden? (Mitnahme des Impfpasses!)  Ja  Nein
7. Mein/Unser Kind muss regelmäßig folgende Medikamente einnehmen:  
.....  
(Diese bitte in ausreichender Menge mitgeben!)
8. Bei meinem/unserem Kind sind folgende Besonderheiten zu beachten  
(z.B. Allergien, Lebensmittelunverträglichkeiten, Zuckerkrankheit, Blasenschwäche):  
.....

Name des Kindes / Klasse .....

9. Name und Anschrift des Kinder- bzw. Hausarztes: .....

..... Telefon: .....

### Erlaubnisse:

10. Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind gemeinsam mit der Klasse unter Aufsicht in einem Schwimmbad oder an einem bewachten Badeplatz/Strand an Bade- und Schwimmveranstaltungen im Rahmen der Klassenfahrt teilnimmt.  Ja  Nein

Mein/unser Kind kann schwimmen.  Ja  Nein

Mein/unser Kind besitzt folgendes Schwimmabzeichen: .....

11. Mein/unser Kind darf im Rahmen von pädagogischen und unterrichtlichen Aufgaben während der Klassenfahrt mit dem Fahrrad fahren.  Ja  Nein

12. Bemerkungen:

Ich bin damit einverstanden, dass während der Klassenfahrt Fotos gemacht werden, die die Kinder z.B. für ihren Abschlussabend oder als Erinnerungs-CD verwenden.  Ja  Nein

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind bei Problemen (z.B. Krankheitssymptome nach Zeckenbiss, Schürfwunde od. ä.) zum Arzt gebracht wird, die Transportkosten muss ich übernehmen.  Ja  Nein

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass die erste Wundversorgung (z.B. Schürfwunden, Insektenstiche) vor Ort von nicht medizinisch ausgebildeten Kräften (z.B. Lehrkräften, Teamer, Mitarbeiter der Jugendherberge etc.) stattfinden darf. Zecken dürfen nach einem Biss entfernt werden und Fenistilgel oder ähnliche Cremes für die Linderung von Juckreiz bei Insektenstichen dürfen aufgetragen werden. Allergien bei Medikamenten notieren Sie bitte im dafür vorgesehenen Feld.  Ja  Nein

Ort

Datum

Unterschrift/en des/der Erziehungsberechtigten