

Anmeldung

Verbindlichen Anmeldung zur Veranstaltung oder Jugendfreizeit vom Jugendrotkreuz im DRK-Kreisverband Pinneberg e.V.

1. Angabe Veranstaltung / Jugendfreizeit

Vom Arbeitskreis / Planer:in der Veranstaltung auszufüllen.

Name: **Kreiswettbewerb 2025** Ort: **Johann-Rist-Gymnasium, Wedel**
Begin Datum / Uhrzeit: **02.05.2025 17:30** Ende: **04.05.2025 ca. 13:00**
Teilnehmergebühren: **0€**

2. Angabe Gruppe / verantwortliche Gruppenleitung

Von der Gruppenleitung auszufüllen. Der/die Gruppenleiter:in ist während der gesamten Veranstaltung verantwortlich und anwesend.

Gruppenleiter:in: _____ Telefon: _____
Ortsverein JRK/SSD: _____

3. Angabe Teilnehmer:in der Jugendfreizeit:

* Pflichtangaben

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____
Telefon: _____ Geburtsdatum: _____
Krankenversichert: _____ Über wen? _____

4. Erziehungsberechtigte Personen und Notfallkontakt

* Pflichtangaben

Name: _____ Telefon: _____
Name: _____ Telefon: _____
Ggf. Notfallkontakt:
(Name und Telefon) _____

5. Essgewohnheiten der Teilnehmer:in:

* Pflichtangaben

Ernährungsweise: Alles-Esser:in kein Schweinefleisch vegetarisch vegan
Lebensmittelunverträglichkeiten: _____

6. Medikamente / medizinische Versorgung der Teilnehmer*in:

* freiwillige Angaben

Medizinische Besonderheiten (z.B. Allergien, Asthma und Sonstiges):

Name des Medikaments: Welche Krankheit/ Symptome?

Wie wird es dosiert?

Mein Kind/ich wird/werde diese Medikamente selbständig einnehmen:

Nein Ja

Ich erlaube nach vorheriger telefonischer Absprache die Verabreichung von frei verkäuflichen oder homöopathischen Medikamenten und Salben nach Packungsbeilage des Herstellers:

Nein Ja

Bei meinem Kind dürfen Zecken unverzüglich von der Gruppenleitung entfernt werden:

Nein Ja

7. Erklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind / ich an der oben genannten Veranstaltung / Freizeit des Jugendrotkreuz im DRK-Kreisverband Pinneberg e.V. teilnehmen darf.

Mir ist bekannt, dass die Fahrt vom der oben genannten Gruppenleitung geleitet wird. Mir ist auch bekannt, dass mein Kind / ich auf meine eigenen Kosten zurückgeschickt werden kann, wenn es sich / ich mich in grober Weise den Anordnungen der jeweils eingesetzten Gruppenleitung widersetzt/e.

Ich weiß, dass ich bei Schäden und Unfällen, die durch den Verstoß gegen die Anweisungen der Gruppenleitung, durch mein Kind / mich entstehen, unter Umständen die Kosten zu tragen habe.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ärztliche Maßnahmen wie lebensrettende operative Eingriffe oder Schutzimpfungen, die vom hinzugezogenen ärztlichem Fachpersonal für dringend erforderlich erachtet werden, bei meinem Kind ggf. vorgenommen werden.

Ich bin einverstanden, dass bei meinem Kind / mir kleinere Verletzungen (Hautabschürfungen, leichte Prellungen, etc.) von der Gruppenleitung (mit entsprechender Erste-Hilfe Ausbildung) behandelt werden.

Ort, Datum: _____, den _____

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Unterschrift Teilnehmer:in