

Freizeitpass- Jugend SRV

BITTE AUSGEFÜLLT ZUM ZELTLAGER
MIT BRINGEN !!!

Teilnehmer/ in

Name:

Vorname:

Straße:

Wohnort:

Geb.-Datum:

Tel. Nr.:

(unter der Sie 24h erreichbar sind)

Angaben für ärztliche Hilfe

Ist der/die Teilnehmerin gegen
Wundstarrkrampf geimpft?

ja

nein

Ich bin einverstanden, dass mein Kind im akuten
Krankheitsfall in ärztliche Behandlung gegeben
wird bzw. ich/wir unter Tel. Nr.:
Informiert werden.

ja

nein

Krankenversicherung: (z.B. AOK, DAK) :

Darf Ihr Kind an Wanderungen und Ausflügen
teilnehmen?

ja

nein

Darf Ihr Kind zu Ausflügen mit den Betreuern
und Ihren privaten PKW`s befördert werden?

ja

nein

Ort/ Datum:

Durchführung der Maßnahme:

Sport- und Freizeitgelände Schönbrunn/V.
vom 07.- 09.08.2026

Hartmut Schätzer , Tel.: 0152/25480763

Worauf ist besonders zu achten?

(z.B. Zahnsperre tragen, Bettnässen,
Medikamente einnehmen, Allergien, und
ähnliches)

Badeerlaubnis

Ja, unter Aufsicht

Nein

Schwimmstufe:

Nichtschwimmer

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: