



Einverständniserklärung für Teilnehmer unter 18 Jahren

Hiermit erlaube ich als Erziehungsberechtigter meinem Kind

Vorname: _____ Name: _____

Geboren am: _____ Krankenkasse: _____

an der Skiausfahrt des Schneeschuhvereins Spaichingen vom 26.12.-29.12.2016 nach Damüls teilzunehmen.

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass sich mein Kind nach Absprache mit dem Betreuer team in einer Gruppe von mind. 3 Jugendlichen allein, ohne Beaufsichtigung durch die Betreuer, im Skigebiet aufhalten darf. Dabei ist ein Mindestalter von 16 Jahren erforderlich. In diesen Fällen handelt der/ die Teilnehmer/ in jedoch auf eigene Gefahr.

Der Veranstalter haftet nicht bei selbstverschuldeten Unfällen, in Fällen höherer Gewalt, bei Verlust, Diebstahl oder Beschädigung von persönlichen und fremden Gegenständen und Personen.

Ich bestätige, dass meine Tochter/mein Sohn die notwendige Reife zur Teilnahme an der Kinder- und Jugendskifreizeit aufweist und an dieser ohne Einschränkungen teilnehmen kann. Ich habe meine Tochter/ meinen Sohn darauf aufmerksam gemacht, dass sie/er die Anweisungen der Betreuer zu befolgen hat und habe ihr/ihm die Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes erläutert.

Grobe Verstöße hingegen können einen sofortigen Ausschluss von der Skiausfahrt nach sich ziehen. Im Falle eines Ausschlusses habe ich für eine geordnete Heimreise Sorge zu tragen (Abholung oder vorzeitige und alleinige Rückfahrt des Teilnehmers/-in mit der Bahn). Hierdurch entstehender Aufwand und Kosten gehen zu meinen Lasten.

Ich verpflichte mich, notwendige Krankenhilfekosten/Transportkosten in voller Höhe zu meinen Lasten zu übernehmen, sofern diese nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Die Versichertenkarte gebe ich meinem Kind mit.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten

Die Personensorgeberechtigten sind während der Skiausfahrt in Notfällen unter folgender Adresse zu erreichen (bitte Name, Anschrift Telefon- und Handynummer angeben):

Möglichkeit zur Meldung wichtiger Besonderheiten Ihres Kindes für die Betreuung:

- Kreislaufstörungen (Höhe) bekannt: ja nein
- Mein/e Sohn/Tochter muss regelmäßig Medikamente einnehmen: ja nein
Falls ja: Mein/e Sohn/Tochter kann die Medikamente eigenverantwortlich einnehmen: ja nein
Name des Präparats/Dosierung: _____
- Mein/e Sohn/Tochter ist Allergiker/in: ja nein
Falls ja: Mein/e Sohn/Tochter kann eigenverantwortlich mit der Allergie umgehen: ja nein
Was ist zu beachten? _____
- Darf ihr Kind im Krankheitsfall mit einem Privatfahrzeug zum Arzt gebracht werden? ja nein
- Hat ihr Kind sonstige Besonderheiten, auf die Sie uns aufmerksam machen wollen? ja nein
Falls ja: Welche? _____