

Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.

**Einverständniserklärung** *(Bitte vollständig ausfüllen!)*

Ich bin einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter,  
 \_\_\_\_\_, geboren am: \_\_\_\_\_,  
 an der JRK-Veranstaltung: \_\_\_\_\_  
 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ teilnimmt.

Ich weiß, dass eine vom Jugendrotkreuz benannte Person während der Veranstaltung die Aufsichtspflicht für mein Kind übernimmt. Die Aufsichtspflicht gilt nicht für den Hin- und Rückweg zur Veranstaltung. Ich weiß, dass mein Sohn/meine Tochter eventuell einige Stunden zur freien Verfügung haben wird, in denen er/sie ohne Aufsicht ist und sich nach Absprache mit den Verantwortlichen auch vom Veranstaltungsort/Objekt entfernen darf. Dafür wird die vom Jugendrotkreuz benannte Person von der Aufsichtspflicht entbunden. Ich weiß, dass mein Kind während der Veranstaltung und auf dem Hin- und Rückweg unfallversichert ist.

Mir ist bekannt, dass mein Sohn/meine Tochter auf eigene Kosten zurückgeschickt werden kann, wenn er/sie sich in grober Weise den Anordnungen der Verantwortlichen widersetzt oder gegen das Jugendschutzgesetz verstößt. Ich bin damit einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter während der Veranstaltung fotografiert werden darf und die entstandenen Aufnahmen zum Zweck der Öffentlichkeitsarbeit vom DRK-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. verwendet werden dürfen. Ich weiß, dass ich bei Schäden oder Unfällen, die durch grobe Fahrlässigkeit oder Verstoß gegen die Anweisungen der Verantwortlichen durch mein Kind entstehen, die Kosten zu tragen haben. Eine private Haftpflichtversicherung liegt vor.

Mein Sohn/meine Tochter *(Bitte Zutreffendes ankreuzen!)*

- ist Schwimmer und darf am gemeinsamen Schwimmen teilnehmen.**
- ist Nichtschwimmer und darf nicht am gemeinsamen Schwimmen teilnehmen.**
- darf an allen sportlichen Aktivitäten teilnehmen.**
- ist vom Schulsport befreit.**

Angaben für eventuelle ärztliche Hilfe

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Letzte Tetanusimpfung:** \_\_\_\_\_

**Allergien/Krankheiten:** \_\_\_\_\_

**Medikamente/Dosierung:** \_\_\_\_\_

**Selbsteinnahme**  **Hilfestellung bei der Einnahme**

**Sonstige Hinweise:** \_\_\_\_\_

Durchgemachte Kinderkrankheiten

**Masern**

**Scharlach**

**Mumps**

**Röteln**

**Windpocken**

*(Bitte ankreuzen  
oder Impfpass mitbringen!)*

Ich bin darüber informiert, dass ich bei einer kurzfristigen Absage (weniger als sieben Tage vor Beginn) der Teilnahme meines Kindes aus persönlichen Gründen den Teilnehmerbeitrag zu tragen habe. Ich habe meinen Sohn/meine Tochter über die hier gemachten Angaben informiert.

Im Notfall bin ich unter folgender Anschrift/Telefonnummer zu erreichen:

**Name:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten