

TEILNAHMEBOGEN

der Jungen Humanist_innen (JuHu) Berlin



Liebe Eltern, liebe_r Personensorgeberechtigte_r, liebe_r Teilnehmer_in,

bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig und leserlich aus und schicken ihn uns per E-Mail oder postalisch zu. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nur zum Zweck der bestmöglichen Betreuung der Teilnehmenden verwendet. Bitte beachten Sie auch den beigefügten Erläuterungsbogen.

Teilnehmer_in (TN): _____ Nachname, Vorname	Veranstaltung: _____ Reiseziel / Name	Foto Teilnehmer_in
wohnhaft bei: _____ (falls anderer Nachname als TN)	geboren am: _____	
Straße: _____	Geschlecht: _____ männlich / weiblich / andere Angabe	
PLZ/Ort: _____	E-Mail der Eltern/ der Personensorgeberechtigten: _____	
E-Mail TN: _____		

Personensorgeberechtigt sind: Eltern Mutter Vater Jugendamt Pflegeeltern Andere

Personensorgeberechtigte_r: _____
Nachname, Vorname

Telefon: _____
Handy _____ Festnetz _____

Wohnort wie TN anderer Wohnort: _____

Während des Aufenthalts des_der TN bin ich unter folgendem Kontakt zu erreichen: _____

EINWILLIGUNG IN DIE VERÖFFENTLICHUNG VON BILD- & TONAUFNAHMEN

ja nein Bild- & Tonaufnahmen des_der TN dürfen entsprechend der beiliegenden Einwilligung veröffentlicht werden.

GEMISCHTGESCHLECHTLICHE UNTERBRINGUNG

ja nein TN darf gemischtgeschlechtlich untergebracht werden.

3-er REGELUNG

ja nein Der_die TN darf ohne Begleitung eines Erwachsenen, entsprechend der „3er-Regelung“ außerhalb des Geländes unterwegs sein.

ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

TN ist krankenversichert durch: Mutter Vater Jugendamt eigenen Anspruch

Krankenkasse: _____ Auslandsrankenversicherung: _____

Unfallversicherung: _____ TN ist privat-haftpflichtversichert bei: _____

ANGABEN ZU SPORTLICHEN AKTIVITÄTEN

Sofern vor Ort die Möglichkeit besteht, darf der_die TN: Baden Radfahren Kanufahren Klettern Reiten

TN ist: Schwimmer_in Nichtschwimmer_in

Folgende sportliche Aktivitäten darf der_die TN nicht ausüben (bitte aufzählen): _____

ANGABEN ZUR ERNÄHRUNG

vegetarisch vegan kein Schweinefleisch kein Fisch lactosefrei anderes: _____

TN hat folgende Unverträglichkeiten mit Lebensmitteln: _____

Bei der_dem TN sind folgende Besonderheiten zu beachten (z. B. Essstörungen, Verhaltensauffälligkeiten etc.):

ANGABEN ZUR GESUNDHEIT

ja nein Der_die TN hat eine körperliche / geistige Beeinträchtigung.

Die Beeinträchtigung des/der TN zieht folgende Einschränkungen nach sich: _____

TN nimmt folgende Medikamente ein (Dosis): _____

TN hat folgende Allergien bzw. Krankheiten: _____

ja nein TN ist zurzeit in medizinischer oder therapeutischer Behandlung.

Wenn „ja“, Grund und Dauer der Behandlung: _____

EINWILLIGUNG IN ÄRZTLICHE BEHANDLUNG IM NOTFALL

ja nein TN darf bei Erkrankung ärztlich verschriebene Medikamente einnehmen.

ja nein TN darf in Notfällen operiert werden.

EINWILLIGUNG IN KFZ-BEFÖRDERUNG & ANGABEN ZUR HEIMREISE

ja nein In besonderen Fällen darf der_die TN von teamenden Personen in einem angemieteten oder privaten Fahrzeug transportiert werden.

ja nein TN darf nach Ende der Veranstaltung/ Rückkunft der Gruppe eigenständig mit dem ÖPNV nach Hause fahren.

ja nein TN darf nach Ende der Veranstaltung/ Rückkunft der Gruppe eigenständig mit dem Taxi nach Hause fahren.

TN wird von folgender Person abgeholt: _____

Name, Vorname, Telefon

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die angegebenen Daten korrekt sind und Sie die Erläuterungen zum Teilnahmebogen und die AGBs gelesen haben und in diese einwilligen.

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte_r

Datum, Unterschrift Teilnehmer_in