NAME DER VERANSTALTUNG

**DATUM DER VERANSTALTUNG**

**Einverständniserklärung/Gesundheitspass**

zum Verbleib bei der verantwortlichen Gruppenleitung – bitte nach Ort mitnehmen!

Hiermit erlaube ich (erlauben wir)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ unserer Tochter/unserem Sohn

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

an Name der Veranstaltung/Ort/Veranstalter teilzunehmen.

1. Die Aufsichtspflicht gegenüber minderjährigen Kindern steht im Regelfall den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten zu. Für die Dauer der Name der Veranstaltung geht die Aufsichtspflicht vorübergehend auf die verantwortliche Gruppenleitung und die begleitenden Gruppenleiter/innen über.

Uns ist bewusst, dass die Gruppenleiter/innen für die Dauer der Wallfahrt die Verantwortung für unser Kind übernehmen und es sich in dieser Zeit an vereinbarte Regeln zu halten und den Anordnungen der Gruppenleiter/innen Folge zu leisten hat.

Mit der Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Gruppenleiter/innen von Haftungsansprüchen, die aus der Übertragung der Aufsichtspflicht abgeleitet werden, bei Nichtbefolgen der Anweisungen ausgeschlossen sind.

Während der Reise werden Foto- und Filmaufnahmen der Gruppen gemacht. Wir berechtigen die Veranstalter und die Diözese Feldkirch diese unbegrenzt und unentgeltlich für die Öffentlichkeitsarbeit zu nutzen.

1. Ich bevollmächtige hiermit den/die im Dringlichkeitsfall an Ort und Stelle hinzugezogene/n Ärztin/Arzt im Notfall alle wichtigen Entscheidungen für die Gesundheit meines Kindes zu treffen.
2. Mir ist bekannt, dass während der Fahrt das österreichische Jugendschutzgesetz und gleichzeitig das strengere z.B.: italienische Jugendschutzgesetz gilt. Das bedeutet konkret, dass Alkoholkonsum unter 18 Jahren und in der Öffentlichkeit verboten ist und die Weitergabe von Alkohol an Minderjährige strafrechtlich verfolgt wird.
3. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn nach mehrfachen, groben Verstößen gegen die Regeln und Anordnungen der Gruppenleiter/innen vorzeitig und ohne Anspruch auf Entschädigung auf eigene Gefahr und auf Kosten der Erziehungsberechtigten nach Hause geschickt werden kann.
4. Ich gebe mein Einverständnis, dass sich mein Tochter/mein Sohn nach Absprache mit den Gruppenleiter/innen ohne Aufsicht in kleinen Gruppen (mindestens 3 Jugendliche) in Ort bewegen darf.

Ja Nein

1. Ich bin während der Reise/Veranstaltung unter folgender Adresse, auch im Urlaub, zu erreichen:

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Emailadresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Mein Kind ist: Nichtschwimmer/in: Schwimmer/in:

Mein Kind darf unter Aufsicht, auf eigene Gefahr auch im Meer/See, schwimmen:

Ja: Nein:

1. Unsere Tochter/unser Sohn hat folgende Leiden (z.B. Allergien, Asthma, Herzfehler, Epilepsie, Kreislaufschwäche, Medikamentenunverträglichkeit), die sie/ihn an der Teilnahme der einen oder anderen Veranstaltung (z.B. Sport) ausschließen würde, oder auf die die Gruppenleiter/innen besonders achten müssen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Tetanusimpfung: Ja: Nein:

Datum der letzten Impfung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Regelmäßig einzunehmende Medikamente (welcher Wirkstoff, gegen was, wie, wann):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Medikamentenunverträglichkeit:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Allergien (Gräser, Pollen, usw.):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Bei Abwesenheit der Eltern soll im Notfall benachrichtigt werden:

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ Telefonnr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bezug zum Kind: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bitte geben Sie Ihrem Kind die Reisepapiere (Ausweis + Kopie) und die E-Card Krankenversicherungskarte mit.**

Ich versichere, dass alle oben gemachten Angaben richtig sind und keine wesentlichen Informationen fehlen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

Ort Datum Unterschrift der erziehungsberechtigten Person

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

Ort Datum Unterschrift der erziehungsberechtigten Person