

MINISTRANTENWALLFAHRT ROM 2018

Einverständniserklärung/Gesundheitspass

Hiermit erlaube ich/erlauben wir unserer Tochter/unserem Sohn

Name, Vorname: _____

geboren am: _____

an der Intern. Ministrantenwallfahrt der Erzdiözese München und Freising vom 28.7. – 3.8.2018 nach Rom teilzunehmen.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG & GESUNDHEITSPASS

zum Verbleib bei der
verantwortlichen
Gruppenleitung

**Bitte nach Rom mitnehmen!
Immer griffbereit haben!**

1. Die Aufsichtspflicht gegenüber minderjährigen Kindern steht den Eltern/den Personensorgeberechtigten zu. Für die Zeit der Dauer der Teilnahme an der Intern. Ministrantenwallfahrt geht die Aufsichtspflicht vorübergehend auf die verantwortlichen Gruppenleitungen und die begleitenden Gruppenleiter/innen über. Mir/Uns ist bewusst, dass die Gruppenleiter/innen für die Dauer der Wallfahrt die Verantwortung für mein/unser Kind übernehmen und sich mein/unser Kind in dieser Zeit an vereinbarte Regeln zu halten und den Anordnungen der Gruppenleiter/innen Folge zu leisten hat. Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre ich mich/wir uns damit einverstanden, dass die Gruppenleiter/innen von Haftungsansprüchen, die aus der Übertragung der Aufsichtspflicht abgeleitet werden können, bei Nichtbefolgen der Regeln und Anweisungen, ausgeschlossen sind.
2. Die Personensorgeberechtigten erklären sich hiermit bei Krankheit oder Unfällen mit einer ärztlichen Behandlung ihrer minderjährigen Kinder einverstanden, sofern die vorherige Zustimmung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann. In Notfällen gilt dieses Einverständnis auch für chirurgische Eingriffe, sofern diese nach dem Urteil des Arztes für unbedingt notwendig erachtet werden.
3. Im Falle von übertragbaren Krankheiten gemäß dem Infektionsschutzgesetz ist eine Teilnahme nicht erlaubt.
4. Mir/Uns ist bekannt, dass die Informationen des Gesundheitspasses an alle begleitenden Gruppenleiter/innen dieser Gruppe weitergegeben werden.
5. Mir/Uns ist bekannt, dass während der Fahrt das deutsche Jugendschutzgesetz und gleichzeitig das strengere italienische Jugendschutzgesetz gelten. Das bedeutet konkret, dass Alkoholkonsum unter 18 Jahren und in der Öffentlichkeit verboten ist und die Weitergabe von Alkohol an Minderjährige strafrechtlich verfolgt wird.
6. Ich/Wir erklären uns damit einverstanden, dass unsere Tochter/unser 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.
7. Ich/Wir geben unser Einverständnis, dass sich unsere Tochter/unser Sohn nach Absprache mit den Gruppenleiter/innen ohne Aufsicht in kleinen Gruppen (mindestens 3 Jugendliche) in Rom bewegen darf. Für diesen Zeitraum entbinden wir die Gruppenleiter von der Aufsichtspflicht.
 Ja Nein
8. Nutzungsrechte
 - a, Die im Zusammenhang mit der Durchführung der Veranstaltung erhobenen persönlichen Daten dürfen für die Zwecke der Veranstaltungsverwaltung gespeichert werden.
 - b, Fotos und Videoaufnahmen, die während der Veranstaltung entstehen, dürfen von den Kirchenstiftungen und der Erzdiözese München und Freising zeitlich unbefristet und unentgeltlich zum Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden. Dies gilt für jede Form der Verwendung, insbesondere auch in Print- und Online-Medien.
9. Ich bin/Wir sind während der Wallfahrt, folgend auch im Urlaub, zu erreichen unter:

Name, Vorname: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

10. Der/Die Teilnehmer/in kann sehr gut gut NICHT schwimmen.
 Der/Die Teilnehmer/in darf auf eigene Gefahr im Meer schwimmen: Ja Nein

11. Der/Die Teilnehmer/in ist in einer gesunden körperlichen und psychischen Verfassung und kann und darf grundsätzlich an Freizeitaktivitäten wie Wandern, Sport, langen Busfahrten, Geländespielen, Großveranstaltungen mit tausenden Teilnehmern etc. uneingeschränkt teilnehmen.
 Ja Nein

12. Wichtige Angaben:

| Besteht/en bei dem/der Teilnehmer/in: | Ja | Nein |
|--|----|------|
| Herzbeschwerden, bekannte Herzfehler, Herzkrankheiten? | | |
| Blutdruckanomalien? | | |
| Asthma, Bronchitis oder ähnliche Beschwerden der Atemwege? | | |
| Diabetes oder andere Stoffwechselerkrankungen? | | |
| Schwindelzustände, Ohnmachtsanfälle, Migräne, häufig starke Kopfschmerzen? | | |
| Epilepsie? | | |
| Allergien (auch Lebensmittel- und/oder Medikamentenallergie)? | | |
| ausreichender Impfschutz (v.a. Tetanus)? | | |
| Sonstiges? | | |

Falls Sie ein Kreuz in einem oder mehreren der grau hinterlegten Felder gemacht haben, erläutern Sie dies bitte hier exakt, incl. notwendiger Medikamente und Dosierung:

(Bei Angaben unter 12. besprechen Sie diese bitte auch mit Ihrer verantwortlichen Gruppenleitung.)

13. Oberflächliche Wunden dürfen mit Hilfe von handelsüblichen Desinfektionsmitteln und Wundschnellverband versorgt werden? Ja Nein

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

Name: _____ Telefonnr.: _____

Bezug zum Kind: _____

15. Unsere Tochter/unsere Sohn ist bei folgender Krankenversicherung versichert:

Ich/Wir erkläre/n die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Falls sich nach dem Ausfüllen Änderungen ergeben, teile ich/teilen wir dies der verantwortlichen Gruppenleitung unverzüglich schriftlich mit.

Ich gebe meinem Kind die Reisedokumente und die Krankenversichertenkarte mit.

Ort, Datum

Unterschrift aller Personensorgeberechtigten