**IchGlaubs lebt Alltag – unsere Mini WG!**

**EC-Pliezhausen**

26.11.2019 – 30.11.2019 im Ev. Gemeindehaus Pliezhausen

Liebe Eltern,

unsere IchGlaubs-Woche geht in den Alltag über und wir werden eine für eine kurze Zeit gemeinsam im Gemeindehaus leben. Dies bedeutet nicht, dass es sich dabei um ein durchorganisiertes Programm für Ihre/n Tochter/Sohn handelt sondern wir werden einfach gemeinsam kochen, essen, spielen usw. Tagsüber geht jeder seinen Verpflichtungen nach, sei dies die Schule, die Ausbildung, der Musikunterricht oder sonstigen Terminen und Verpflichtungen. **Aus diesem Grund ist aber keine dauerhafte Aufsichtspflicht unsererseits gewährleistet, worauf wir hier ausdrücklich hinweisen!**

Die anzugebenen Informationen werden vertraulich behandelt und dienen allein dem Wohl Ihrer Tochter, Ihres Sohnes.

 **Persönliche Daten Teilnehmer/in**

Vorname Nachname
Klicken, um Text einzugeben. Klicken, um Text einzugeben.
Straße Hausnummer
Klicken, um Text einzugeben. Klicken, um Text einzugeben.
PLZ Wohnort
Klicken, um Text einzugeben. Klicken, um Text einzugeben.
GeburtsdatumKlicken, um Text einzugeben. **Erreichbarkeit des/der Sorgeberechtigten**Vorname Nachname
Klicken, um Text einzugeben. Klicken, um Text einzugeben.
Telefonnummer Handynummer
Klicken, um Text einzugeben. Klicken, um Text einzugeben.
Email
Klicken, um Text einzugeben.

**Gesundheitsfürsorge**Krankenversicherung: [ ]  gesetzlich [ ]  privat
Name der Krankenkasse Versicherungsnummer
Klicken, um Text einzugeben. Klicken, um Text einzugeben.
Vor-und Nachname des/der Familienangehörigen, über den die oben genannte Person versichert ist.
Klicken, um Text einzugeben.
Name und Adresse des Hausarzt
Klicken, um Text einzugeben.

**Medikamente**Generell dürfen verschreibungspflichtige Medikamente nur nach einer Anamnese durch eine Ärztin/einen Arzt verabreicht werden. Daran halten wir uns. Sollte Ihre Tochter/Ihr Sohn Medikamente während der Veranstaltung einnehmen, informieren Sie uns bitte darüber. Wenn wir die Einnahme des Medikaments sicherstellen sollen, bitten wir Sie untenstehend nähere Informationen zum Medikament und seiner Einnahme mitzuteilen.

Name des Medikaments Dosierung
Klicken, um Text einzugeben. Klicken, um Text einzugeben.

[ ] nimmt meine Tochter/mein Sohn selbst ein

Weitere Informationen/Bemerkungen/Hinweise
Klicken, um Text einzugeben.

**Verabreichung rezeptfreier Medikamente**Bei Bedarf können wir Ihrer Tochter/Ihrem Sohn rezeptfreie Medikamente wie Kopfschmerztabletten, Halstabletten, Wund- oder Stichsalbe verabreichen, bedürfen hierzu aber Ihrer ausdrücklichen Zustimmung.

Hinweis: Bei größeren Problemen nehmen wir in jedem Fall Kontakt mit Ihnen oder einer Ärztin/einem Arzt vor Ort auf. Wenn Sie uns keine

Zustimmung geben, müssten wir Ihre Tochter/Ihren Sohn bei jeder Verletzung Ärztin/zum Arzt bringen.

Ich stimme der Verabreichung rezeptfreier Medikamente zu:
[ ]  ja [ ] nein
 **Worauf muss besonders geachtet werden?**
(z. B. Allergien, Lebensmittelunverträglichkeiten, Besondere Essgewohnheiten, Behinderungen, Herzfehler, Hitzeempfindlichkeit, Bettnässen, Medikamenten-unverträglichkeit, Abhängigkeiten von Medikamenten, ADS/ADHS, Zahnspange, Verhalten usw. - ggf. gesonderte Mitteilung oder ärztliches Attest beifügen)
Klicken, um Text einzugeben.

**Einverständniserklärung**

* Der Veranstalter übernimmt keine Haftung für abhanden gekommene, beschädigte oder verlorene Gegenstände, die meinem Kind oder einem Dritten gehören, es sei denn, dass dem Veranstalter ein Verschulden anzulasten ist.
* Meine Tochter/mein Sohn ist von mir angewiesen worden, den Anordnungen der Verantwortlichen der Veranstaltung Folge zu leisten. Mir ist bekannt, dass der Veranstalter für Folgen von selbstständigen Unternehmungen und dadurch verursachte Schäden nicht haftet.
* Wenn mein Kind mit seinem Verhalten die Veranstaltung, sich selber oder andere gefährdet, kann der Veranstalter mein Kind auf meine Kosten nach Hause schicken. In diesem Fall ist der Veranstalter berechtigt den Vertrag der Teilnahme an dieser Veranstaltung fristlos zu kündigen. Die vom Veranstalter eingesetzten Leiter/innen oder sonstigen Verantwortlichen sind ausdrücklich bevollmächtigt, Abmahnungen und Kündigungen namens des Veranstalters vorzunehmen. Die zusätzlich entstandenen Kosten gehen in diesem Fall zu Lasten des Gekündigten. Sind mit Ihnen bzw. Ihrer Tochter/Ihrem Sohn Teilnahme- oder Reisebedingungen rechtswirksam vereinbart worden, dann gelten in Ergänzung zu den vorstehenden Erklärungen die dortigen Regelungen zur Kündigung des Teilnahme- oder Reisevertrages.
* Ich versichere, dass meine Tochter/mein Sohn an keiner ansteckenden Krankheit leidet und frei von Ungeziefer (z. B. Kopfläusen, Flöhen) ist bzw. zur Veranstaltung kommt. Das Merkblatt [GEMEINSAM VOR INFEKTIONEN SCHÜTZEN](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Belehrungsbogen/belehrungsbogen_eltern_deutsch.pdf?__blob=publicationFile) des Robert-Koch-Instituts zu § 34 Abs. 5 S. 2 Infektionsschutzgesetz habe ich gelesen und meine Tochter/meinen Sohn entsprechend belehrt.

\*\*\*Bei diesen Feldern handelt es sich um ein Pflichtfeld\*\*\*

[ ]  Ich habe die allgemeinen Geschäftsbedingungen des SWD-EC-Verbandes ([www.swdec.de/agb](https://www.swdec.de/agb/)) gelesen und akzeptiere diese.

[ ]  Ich habe die Datenschutzerklärung ([www.swdec.de/datenschutz](https://www.swdec.de/datenschutz/)) gelesen und bin damit einverstanden, dass der EC-Pliezhausen (Jugendarbeit der ev. Kirchengemeinde Pliezhausen) und der dazugehörige Trägerverband SWD-EC die von mir mitgeteilten Daten speichert und verarbeitet. Wir weisen darauf hin, dass Sie die erteilte Einwilligung zur Nutzung Ihrer Daten zwecks Übersendung von Informationen per E-Mail an info@swdec.de jederzeit widerrufen können.

Meine Tochter/mein Sohn und ich/ wir selbst haben diese Informationen zur Kenntnis genommen. Mit der Unterschrift bestätigt der/die Sorgeberechtigte/n, dass die Informationen akzeptiert werden und alle Angaben richtig und vollständig sind. Als Alleinunterzeichner/in bestätige ich gleichzeitig, dass ich alleinige/r Sorgeberechtigte/r bin, bzw. vom anderen Sorgeberechtigten

(anderen Elternteil) mit der Abgabe der entsprechenden Erklärungen beauftragt bin und in dessen Kenntnis und Einverständnis handle.

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

Datum Händische Unterschrift des/der Sorgeberechtigte(n)

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

Datum Händische Unterschrift des Teilnehmers