

TEILNEHMERIN/TEILNEHMER

FAMILIENNAME

VORNAME

STRASSE

HAUSNUMMER

PLZ

WOHNORT, EVTL. LAND

GEB.-DATUM

GESCHLECHT

weiblich

männlich

divers

(MOBIL-)TELEFONNUMMER

FREIZEIT
PASS

NAME DER VERANSTALTUNG

Sommer Sonne Sägemühle 2026

TERMIN

02.-08.August2026

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigten,

Qualität und Sicherheit unserer Veranstaltungen sind uns ein besonderes Anliegen. Die Aufsicht über Ihre Tochter/Ihren Sohn wollen wir inhaltlich angemessen, den Interessen Ihrer Tochter/Ihres Sohnes und der anderen Teilnehmenden entsprechend, wahrnehmen. Hierzu benötigen wir konkrete Informationen von Ihnen sowie Ihre Einwilligung. Wir bitten Sie daher, diesen FREIZEITPASS vollständig und sorgfältig auszufüllen. Nur die Verantwortlichen und die Verwaltung der Veranstaltung erhalten in diesen FREIZEITPASS Einsicht. Bei Bedarf ergänzen Sie weitere Hinweise bitte auf einem Beiblatt.

Ihre Verantwortlichen der Veranstaltung

ERREICHBARKEIT DES/DER SORGBERECHTIGTEN WÄHREND DER VERANSTALTUNG:

FAMILIENNAME

VORNAME

STRASSE

HAUSNR

PLZ

WOHNORT, EVTL. LAND

(MOBIL-)TELEFONNUMMER

E-MAIL-ADRESSE

NAME(N) VON VERWANDTEN, FREUNDINNEN/FREUNDEN, DIE IM NOTFALL WEITERHELFFEN KÖNNEN

(MOBIL-)TELEFONNUMMER

GESUNDHEITSFÜRSORGE

◆ Krankenversichert bei folgender gesetzlicher privater **Krankenkasse:**

NAME DER KRANKENKASSE

VERSICHERUNGSNUMMER

◆ Name des/der Familienangehörigen, über den die oben genannte Person versichert ist:

VOR- UND FAMILIENNAME

◆ Die Versichertenkarte ist diesem FREIZEITPASS beigelegt Diese wird zur Veranstaltung mitgebracht

Kontaktdaten der Hausärztin oder des Hausarztes

NAME

◆ Teilnahme am Hausarztmodell nein ja

Impfungen

(Bitte die Impfungen eintragen oder Impfpass oder Fotokopie des Impfpasses beilegen. Siehe Merkblatt.)

Geimpft gegen Tetanus/Wundstarrkrampf? nein ja

Geimpft gegen FSME (Zeckenbiss)? nein ja

LETZTES IMPFDATUM

LETZTES IMPFDATUM

Ich bin damit einverstanden, dass eine/ein Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter eine Zecke bei meiner Tochter/meinem Sohn entfernen darf: ☐ nein ☐ ja
 Ist „nein“ angekreuzt, dann gehen die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn zu einer Ärztin/einem Arzt.

Folgende ärztliche Atteste sind beigelegt:

--

Medikamente

Generell dürfen verschreibungspflichtige Medikamente nur nach einer Anamnese durch eine Ärztin/ein 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 Medikamentes aus einem besonderen Grund sicherstellen sollen, brauchen wir von Ihnen dazu den folgenden Auftrag:

Verabreichung rezeptfreier Medikamente durch die Mitarbeitenden der Veranstaltung

Bei Bedarf können wir Ihrer Tochter/Ihrem Sohn rezeptfreie Medikamente wie Kopfschmerztabletten, Halstabletten, Wund- oder Stichesalbe 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 (z. B. Wespenstich) zur Ärztin/zum Arzt bringen.

Ich stimme der Verabreichung von **rezeptfreien** Medikamenten zu: ☐ nein ☐ ja

Worauf muss besonders geachtet werden?

(z. B. Allergien, Behinderungen, Herzfehler, Hitzeempfindlichkeit, Bettnässen, Medikamentenunverträglichkeit, Abhängigkeiten von Medikamenten und Rauschmitteln, ADS/ADHS, Zahnschmerzen, Verhalten usw. - ggf. gesonderte Mitteilung beifügen). Ggf. können ärztliche Atteste beigelegt werden.

--

--

--

Sollte Ihre Tochter/Ihr Sohn Medikamente während der Veranstaltung einnehmen, informieren Sie uns bitte darüber:

--

NAME DES MEDIKAMENTES

--

☐ nimmt meine Tochter/mein Sohn selber ein

☐ soll von den Mitarbeitenden verabreicht werden:

DOSIERUNG

WARNHINWEISE

--	--

Weitere Informationen

Z.B. Identität, Verhalten usw.

--

PRIVATE HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Besteht eine private Haftpflichtversicherung ☐ nein ☐ ja

ZU DEN PROGRAMMANGEBOTEN

Badeurlaubnis unter Aufsicht ☐ nein ☐ ja

Schwimmerin/Schwimmer ☐ nein ☐ ja

SCHWIMMABZEICHEN: (Z.B. SEEPFERDCHEN, JUGENDSCHWIMMABZEICHEN, SCHWIMMABZEICHEN "SEERÄUBER"...)

--

--

Hinweis: Badeaufsicht ist bei minderjährigen immer zu gewährleisten - Aufsichtspflicht - Baden ohne Aufsicht ist bei Minderjährigen nicht möglich.

Erlaubnis für besondere Aktivitäten (z. B. Radfahren, Klettern, Kanu/Boot fahren, Inlineskaten, Reiten usw.) wird erteilt:

nein ja (Einzelheiten hierzu sind im Informationsbrief zu finden)

GGF. ERGÄNZENDE HINWEISE

ERNÄHRUNG

Besondere Hinweise zur Ernährung: Vegetarier/in kein Schweinefleisch vegan sonstiges (Einzelheiten bitte ins Feld UNVERTRÄGLICHKEITEN)

UNVERTRÄGLICHKEITEN

- ◆ 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 INFESTIONEN SCHÜTZEN des Robert-Koch-Instituts zu § 34 Abs. 5 S. 2 Infektionsschutzgesetz habe ich gelesen und meine Tochter/meinen Sohn entsprechend belehrt.

INFORMATIONSPFLICHT BEI ÄNDERUNGEN, DATENSCHUTZ UND REISEBEDINGUNGEN

Sollte es zwischen dem Zeitpunkt der Anmeldung und dem Beginn der Veranstaltungen Änderung bei den im Freizeitpass genannten Informationen geben, bin ich verpflichtet, diese der Freizeitleitung mitzuteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass der CVJM Neustadt nachfolgende Auswahl der Daten aus dem Freizeitpass (Teilnehmer: Familienname, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum; Sorgeberechtigten: E-Mail Adresse) digital speichert, um die Planung und Umsetzung der Veranstaltung zu ermöglichen. Darüber hinaus bin ich einverstanden, dass der CVJM Neustadt e.V. die zuvor genannten Daten im Sinne des Vereinszweck nutzt, um beispielsweise über weitere Angebote im Verein informieren zu können. Diese Einverständnis kann jederzeit schriftlich beim Vorstand des CVJM Neustadt e.V. widerrufen werden. Durch nachfolgende Unterschrift erkläre ich, dass die der Freizeitausschreibung beiliegenden Reisebedingungen (Fassung vom September 2018) des CVJM Neustadt e.V. anerkannt werden.

DATUM, UNTERSCHRIFT DES/DER SORGEBERECHTIGTE(N) (BEIDE ELTERNTEILE)

INFORMATIONEN UND EINWILLIGUNGEN DES/DER SORGEBERECHTIGTEN AN DIE/DEN VERANSTALTERIN/VERANSTALTER

- ◆ Der/die Veranstalter/in übernimmt keine Haftung für abhanden gekommene, beschädigte oder verlorene Gegenstände, die meiner Tochter/ meinem Sohn oder einem Dritten gehören, es sei denn, dass dem/der Veranstalter/in ein Verschulden anzulasten ist.
- ◆ Wenn meine Tochter/mein Sohn mit ihrem/seinem Verhalten die Veranstaltung gefährdet oder durch sein Verhalten sich selbst oder andere gefährdet, kann der/die Veranstalter/in meine Tochter/meinen Sohn auf meine Kosten nach Hause schicken. In diesem Fall ist der/die Veranstalter/in berechtigt den Vertrag der Teilnahme an dieser Veranstaltung fristlos zu kündigen. Die vom/von der Veranstalter/in eingesetzten Leiter/innen oder sonstigen Verantwortlichen sind ausdrücklich bevollmächtigt, Abmahnungen und Kündigungen namens des Veranstalters/der Veranstalterin vorzunehmen. Die zusätzlich entstandenen Kosten gehen in diesem Fall zu Lasten des/der 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.
- ◆ Während der Veranstaltung werden Fotos und teilweise Videos durch Mitarbeitende des Veranstalters/der Veranstalterin und Teilnehmende der Veranstaltung gemacht, auf denen ggf. auch Ihre Tochter/Ihr Sohn zu sehen ist. Vereinzelt werden Fotos vom/von der Veranstalter/in in seinen Publikationen abgedruckt und im Internet Fotos und kurze Videos verwendet. Wir wählen die Fotos und Videos sorgfältig und gewissenhaft aus. **Sie erteilen mit Ihrer Unterschrift die ausdrückliche, jederzeit widerrufliche, ansonsten jedoch unbefristete, Zustimmung zur entsprechenden Verwendung von Bildern und Videos, auf denen Ihre Tochter/Ihr Sohn abgebildet ist.** Eine Verwendung ohne ihre Zustimmung ist darüber hinaus in den gesetzlich geregelten Fällen zulässig. Ihnen ist dabei bekannt, dass digitale Bilder und Videos aus dem Internet kopiert, woanders verwendet oder auch verändert werden können, ohne dass der/die Veranstalter/in darauf Einfluss hätte. Einer Veröffentlichung können Sie jederzeit widersprechen. Der/die Veranstalter/in wird im Falle eines Widerspruchs das Bild oder das Video zeitnah aus dem von ihr/ihm verantworteten Bereich im Internet (Homepage des/der Veranstalter/in) entfernen. Eine Verpflichtung zur Veranlassung der Beseitigung in Suchmaschinen, Social-Media-Portalen, Bildportalen oder sonstigen digitalen Medien (z.B. Facebook, Twitter, Instagram, WhatsApp) besteht jedoch nicht, soweit der/die Veranstalter/in die Einstellung dort nicht selbst vorgenommen oder aktiv veranlasst hat. Auf eine Vergütung für die Veröffentlichung eines Bildes oder einer Videosequenz verzichten Sie hiermit ausdrücklich. Auf die Fotos oder Videos, die die Teilnehmenden machen, hat der/die Veranstalter/in keinen Einfluss; er/sie ist nicht verpflichtet, diesbezüglich Verbote oder Gebote auszusprechen bzw. Kontrollen vorzunehmen.
- ◆ Meine Tochter/mein Sohn ist von mir angewiesen worden, den Anordnungen der Verantwortlichen der Veranstaltung Folge zu leisten. Mir ist bekannt, dass der/die Veranstalter/in für Folgen von selbstständigen Unternehmungen und dadurch verursachte Schäden nicht haftet.
- ◆ Mir ist bekannt, dass die Teilnehmenden während der Veranstaltung im Rahmen des Programms und ihrem Alter entsprechend freie Zeit haben, in der sie selbstständig und ohne direkte Aufsicht unterwegs sein dürfen.

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	UNTERSCHRIFT DES/DER SORGEBERECHTIGTE(N) (BEIDE ELTERNTEILE)
	 

Ulli Schulz
Pfarräcker 75
71336 Waiblingen

Adressfeld für Rücksendung

Anlage: Merkblatt GEMEINSAM VOR INFektionen SCHÜTZEN

Hinweis: Die Mitarbeitenden des Veranstalters/der Veranstalterin versichern den vertrauensvollen Umgang mit den Informationen in diesem FREIZEITPASS. Die Daten Ihrer Tochter/Ihres Sohnes werden von den Mitarbeitenden der Veranstaltung nur weitergegeben bei Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und gegenüber Behörden. Dieser FREIZEITPASS wird bis zur Verjährung von möglichen rechtlichen Ansprüchen des/der Teilnehmenden oder des/der Sorgeberechtigten beim Veranstalter/bei der Veranstalterin, unter Beachtung des Datenschutzes, aufbewahrt.

© Evangelisches Jugendwerk in Württemberg | Stand 01/2026

gefördert vom



Arbeitsgemeinschaft der Evangelischen
Jugend in Deutschland e.V.

Evangelisches Jugendwerk
in Württemberg