



# Erklärung des Erziehungsberechtigten

## INFORMATION

Mein Kind (Vorname, Name) \_\_\_\_\_

nimmt in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ an einer Klassen-/Gruppenfahrt in das ADS-Schullandheim

»Langholz an der Eckernförder Bucht« teil. Ich bin über diese Fahrt genau informiert worden.

## KOSTEN

Die Kosten pro Person werden voraussichtlich \_\_\_\_\_ Euro betragen.

## ANSCHRIFT

Vorname, Name Personensorgeberechtigte/r \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon mit Vorwahl \_\_\_\_\_

## KRANKENKASSE

Krankenversichert bei \_\_\_\_\_ Versichertennummer \_\_\_\_\_

Privat versichert  Ich gebe meinem Kind die Versicherungskarte mit

## MEDIKAMENTE (falls ein Impfausweis vorhanden ist, bitte eine Kopie mitgeben)

Mein Kind benötigt folgende Meikamente: \_\_\_\_\_

mein Kind ist gegen Tetanus geimpft, Datum: \_\_\_\_\_  mein Kind ist nicht gegen Tetanus geimpft

## ALLERGIEN

mein Kind leidet an keinen Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten

mein Kind leidet an folgenden Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Haftpfllichtversichert bei \_\_\_\_\_ Versichertennummer \_\_\_\_\_

## BADEN

Mein Kind darf während des Aufenthaltes am Baden teilnehmen  ja  nein

Mein Kind ist Schwimmer, Schwimmbzeichen (ggf) \_\_\_\_\_  Mein Kind ist Nichtschwimmer

## Bootsfahrten

Mein Kind darf an Bootsfahrten im Klassen-/Gruppenverband mit Schwimmweste\*

teilnehmen  nicht teilnehmen

\* Schwimmwesten sind im Schullandheim vorhanden

## FREIZEIT

- Mein Kind darf an Fahrradfahrten teilnehmen.
- Mein Kind darf sich während der Fahrt in Kleingruppen nach Absprache frei bewegen.  
Es ist in der Lage, sich an abgesprochene Verhaltensweisen zu halten.

## ÜBERWEISUNG

Ich erkläre, dass mein Kind an dieser Fahrt teilnimmt und verpflichte mich, den anfallenden Kostenbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro bis zum \_\_\_\_\_ zu überweisen.

Bankverbindung: Name der Bank: \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

## VOLLMACHT

Ich erteile Herrn/Frau \_\_\_\_\_ die Vollmacht, in meinem Namen alle mit der Klassen-/Gruppenfahrt zusammenhängenden Rechtsgeschäfte abzuschließen und abzuwickeln und im Falle meiner Unerreichbarkeit für die Dauer des Aufenthaltes gegenüber Arzt und Krankenhaus in unaufschiebbare ärztliche Eingriffe einzuwilligen.

## SONSTIGES

Ich werde mein Kind innerhalb von 24 Stunden vom Unterkunftsart abholen, falls dieses aus gesundheitlichen Gründen oder im Falle schwerwiegender disziplinarischer Verfehlungen notwendig sein sollte. Sofern ich nicht selbst kommen kann, bin ich einverstanden, dass mein Kind mit einer Begleitperson auf meine Kosten nach Hause geschickt wird.

## BERMERKUNGEN

Außerdem ist das Folgende wichtig: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum

Ort

Unterschrift des Erziehungsberechtigten