

## Teilnehmendenpass für eine Aktion, Veranstaltung oder Freizeit der Evangelischen Jugend im Donaudekanat Regensburg

Bitte den zweiseitigen Teilnehmendenpass vollständig ausfüllen und unterschrieben per Post, Fax oder eingescannt per E-Mail an [info@ej-donaudekanat.de](mailto:info@ej-donaudekanat.de) zurückschicken.

**Für jede:n Teilnehmer:in ist ein eigener Teilnehmendenpass auszufüllen!**

Name Aktion, Veranstaltung oder Freizeit: \*

Vorname: \*

Nachname: \*

Geburtsdatum: \*

**Sorgeberechtigt: \***

beide Eltern  nur Mutter  nur Vater

andere Person (Name, Funktion): \_\_\_\_\_

Ich bin bereits volljährig.

Während der Maßnahme sind die **Sorgeberechtigten** unter folgenden Angaben zu erreichen: \*

Vor- und Nachname	Anschrift	Telefon, Mobil	E-Mail

Zu verständigende Person(en), falls die oben genannten Sorgeberechtigten **nicht** zu erreichen sind:

Vor- und Nachname	Anschrift	Telefon, Mobil	E-Mail

**Folgende Informationen** sind für die Übernahme der Aufsichtspflicht während der Teilnahme an der Maßnahme unerlässlich und **müssen** angegeben werden (auch psychische Auffälligkeiten):

---



---

**Angaben zur Gesundheit: \***

Ich bin **Vegetarier:in**:  Ja  Nein

Ich bin **Veganer:in**:  Ja  Nein

Ich habe **Allergien** und/oder **Lebensmittelunverträglichkeiten**:  Ja  Nein

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

Besondere **Essgewohnheiten**: \_\_\_\_\_

Ich habe folgende **Krankheiten** oder **Besonderheiten** (z.B. ADHS, Neigung zu Heimweh, etc.):

---



---

\* Pflichtfelder

Seite 1/2

### Angaben zur Gesundheit: \*

Ich muss regelmäßig folgende **Medikamente** einnehmen (Name, Dosierung, Einnahmezeiten):

---

---

Ich benötige folgende **medizinische Hilfsmittel** (z.B. Zahnspange, Hörgerät, Brille):

---

**Hausarzt:ärztin** (Name, Anschrift, Telefonnummer):

---

Ich bin **geimpft** gegen:     Tetanus            Datum der letzten Auffrischung: \_\_\_\_\_  
    FSME                    Datum der letzten Auffrischung: \_\_\_\_\_

Angaben zur **Krankenkasse**:         privat versichert         gesetzlich versichert

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

**Auslandskrankenversicherung** (\* nur bei Auslandsfreizeiten anzugeben):

Name der Krankenkasse und Versichertennummer: \_\_\_\_\_

### Schwimmen: \*

Ich darf unter Aufsicht schwimmen:     Ja             Nein

Ich kann schwimmen:  Ja, sehr gut     Ja, gut         Ja, aber schlecht     Nein, gar nicht

Ich habe folgendes Schwimmabzeichen: \_\_\_\_\_

**Achtung: Die Teilnehmer:innen haben nicht die Möglichkeit schwimmen zu lernen, dies sollte im Vorfeld geschehen! Nur diejenigen, die schwimmen können, dürfen auch ins Wasser!**

### Medizinische Versorgung: \*

Ich bin mit folgenden Punkten (bitte entsprechendes ankreuzen) einverstanden:

- Kleinere Schürfwunden dürfen mit **Desinfektionsmittel** (Octenisept Wunddesinfektion) und **Pflaster** durch Mitarbeitende der Maßnahme behandelt werden.
- Spreißel** und **Zecken** dürfen von Mitarbeitenden der Maßnahme entfernt werden.
- Bei behandlungsbedürftigen aber nicht lebensbedrohlichen Verletzungen (z.B. angeschwollene Insektenstiche) darf der **Transport** zu einem Arzt von einem Mitarbeitenden im PKW erfolgen.
- Ärztliche Maßnahmen wie **operative Eingriffe** oder **Schutzimpfungen**, die von einem hinzugezogenen Arzt für dringend erforderlich erachtet werden, dürfen im gegebenen Fall vorgenommen werden, falls die Sorgeberechtigten nicht erreichbar sind.

### Unterschrift:

Ort, Datum: \*

Unterschrift eines Sorgeberechtigten: \*  
(bei Teilnehmer:innen unter 18 Jahren)

Unterschrift Teilnehmer:in: \*  
(bei Teilnehmer:innen über 18 Jahren)