

Rheinischer Schützenbund e.V. 1872



Rhein. Schützenbund • Am Förstchens Busch 2 b • 42799 Leichlingen

Rückantwort

Rheinischer Schützenbund e.V. 1872
Am Förstchens Busch 2b

42799 Leichlingen

Absender (Teilnehmer):

Vor- / Zuname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____

Mobil: _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Wir benötigen einige Angaben, die vertraulich behandelt werden.

Verehrte Eltern,

wir haben Ihre/n Tochter/ Sohn zu einer Maßnahme eingeladen und bitten Sie daher uns folgendes zu bestätigen:

- dass Sie dieser Einladung zustimmen
- und das der Stammverein von dieser Maßnahme informiert wurde.

Wie können wir Sie während der Maßnahme erreichen?

Name: _____ Tel./Handy: _____

Name: _____ Tel./Handy: _____

Name: _____ Tel./Handy: _____

Zu folgenden Punkten benötigen wir Ihre Zustimmung (Bitte ankreuzen!)

- Unser/e Sohn/Tochter darf sich in der Freizeit nach vorheriger Abmeldung beim Lehrgangleiter in einer Kleingruppe von der Maßnahme entfernen. (Stadtbummel, Spaziergang usw.) Ja Nein
- Unser/e Sohn/Tochter ist **Schwimmer** / **Nichtschwimmer** und darf (auch) am gemeinsamen Baden im Hallen-/Freibad teilnehmen. Ja Nein
- Unser/e Sohn/Tochter darf am gemeinsamen **Sport** teilnehmen. Ja Nein
- Unser/e Sohn/Tochter darf an einem **Saunabesuch** teilnehmen. Wenn ja, an welcher? **Getrennte Sauna** / **Gemeinsame Sauna** Ja Nein

Bei welcher Krankenversicherung ist Ihr/e Sohn/Tochter versichert?

Name: _____

Private Zusatzversicherung: _____

Wir benötigen noch einige weitere Angaben, die selbstverständlich vertraulich behandelt werden.

- Ist Ihr/e Sohn/Tochter frei von ansteckenden Krankheiten?
Wenn nicht, welche? _____
_____ Ja Nein
- Hat Ihr/e Sohn/Tochter chronische, oder erst kürzlich verheilte Krankheiten? (Kreislaufschwächen, gerade verheilte Knochenbrüche, usw.)
Wenn ja, welche? _____
_____ Ja Nein
- Hat Ihr/e Sohn/Tochter Allergien? Darf ihm/ihr gewisse Wirkstoffe nicht gegeben werden?
Wenn ja, welche? _____
_____ Ja Nein
- Muss Ihr/e Sohn/Tochter regelmäßig Medikamente zu sich nehmen?
Wenn ja, wann und welche? _____
_____ Ja Nein
- Wann hat Ihr/e Sohn/Tochter die letzte Tetanusimpfung erhalten?
Datum: _____
- Muss Ihr/e Sohn/Tochter besonders beobachtet werden?
Wenn ja, warum? _____
_____ Ja Nein
- Hat Ihr/e Sohn/Tochter eine Lebensmittelunverträglichkeit?
Wenn ja, welche? _____
_____ Ja Nein

Ernährt sich Ihr/e Sohn/Tochter:

keine Einschränkung vegetarisch vegan kein Schweinefleisch

Sonstiges: _____

Ich/Wir bestätigen die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und verpflichten uns, sofort bei einer Veränderung des Gesundheitszustandes unseres Sohnes / unserer Tochter die Leiter der Maßnahme und die Sportjugend (Landesjugendleiter) des RSB zu informieren.

Ort, Datum:

Unterschrift aller Sorgeberechtigten