

Anmeldung Freizeit



Hiermit melde ich mich/meinen Sohn/meine Tochter

Name des Teilnehmers:

Geburtsdatum:

.....

Für die Ferienfreizeit Fleury vom 22.7. – 3.8.2023 an.

Komplette Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort):

.....

Handynummer des Teilnehmers:

.....

Handy-Nummern für Noffälle (Eltern):

.....

E-Mail der Eltern:

.....

**Hiermit beantragen wir den ermäßigten Reisepreis wegen (siehe allgemeine
Fahrbedingungen):** **A)** **B)** **C)** **D)** **E)**

Besondere Angaben zum Kind:

Mein Kind darf baden

ja nein

Mein Kind kann schwimmen

ja nein

Mein Kind hat folgendes Schwimmbzeichen

.....

Mein Kind nimmt am Surfkurs/Tenniskurs teil

Surfen Tennis nein

Mein Kind darf nach vorheriger Absprache
mit einem Betreuer, ohne Aufsicht in Gruppen schwimmen
gehen (ab 13 Jahren)

ja nein

Mein Kind ist Bettnässer

ja nein

Bitte wenden

Mein Kind ist gegen Wundstarrkrampf geimpft worden

ja, am

nein

Mein Kind hat folgende Behinderungen

.....

keine

Mein Kind ist Vegetarier

ja nein

Mein Kind ist haftpflichtversichert bei

Die Betreuer müssen besonders achten auf

.....

Mein Kind muss regelmäßig folgende Medikamente einnehmen:

.....

Die Betreuer dürfen folgende leichte Medikamente verabreichen:

Kopfschmerztabletten

Sportgel/-salbe

Wund-/Heilsalbe

Sonnenbrandgel

Insektengel

Hautdesinfektionsmittel

Ich bin damit einverstanden, dass ärztliche Maßnahmen, wie lebensrettende Operationen, Transfusionen oder Impfungen, die vom Arzt am Urlaubsort für dringend erforderlich gehalten werden, bei meinem Kind vorgenommen werden dürfen.

Mit der Unterschrift werden unsere „Allgemeinen Fahrtbedingungen“ anerkannt. Mit dieser Anmeldung müssen gleichzeitig unsere Datenschutzerklärung und der Gesundheitsbogen unterschrieben abgegeben werden.

.....
Ort Datum Unterschrift der Personensorgeberechtigten



Einwilligung gem. Artikel 7 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), zur Verwendung persönlicher Daten

Im Rahmen der öffentlichen Kinder- und Jugendarbeit und zur Durchführung und Bewerbung unserer Ferienfreizeiten erheben wir verschiedene Daten, ohne die unsere Arbeit leider nicht im vollständigen Rahmen möglich wäre.

Für die Erhebung dieser Daten benötigen wir eine Einwilligung der betreffenden Personen. Bei Minderjährigen (unter 16 Jahren) müssen die Eltern/die Personensorgeberechtigten zustimmen. Bei Teilnehmern/innen ab 16 Jahren ist lediglich die Einwilligung der Teilnehmer/innen selbst zu geben. Aus diesen Gründen bitten wir im Folgenden um diese benötigten Einwilligungen:

Folgende Daten werden von uns erhoben:

- Vor- und Nachname der Teilnehmer/innen
- Geburtsdaten der Teilnehmer/innen
- Adresse der Teilnehmer/innen
- Telefonnummern der Teilnehmer/innen, Eltern/Personensorgeberechtigten, Aufsichtspersonen (z. B. bei Heimkindern)
- E-Mail-Adressen der Teilnehmer/innen
- gesundheitliche Daten (siehe Gesundheitsbogen)

Die oben genannten, erhobenen Daten werden wie folgt verwendet:

- Speicherung auf dem Computer
- Ausdrucke für die interne Ablage in der Verwaltung bzw. Speicherung einzelner Bilder für das Archiv
- Kontaktaufnahme in Notfällen und/oder in Absprache zur Bekanntmachung von Angeboten und Aktionen
- Gesundheitliche Daten zur Information und Weitergabe an Ärzte und medizinisches Personal im Notfall oder bei Erkrankung
- Weitergabe an Jugendämter zur Beantragung von Zuschüssen
- Weitergabe (nur bei Bedarf) an Reisebüros, Haus-/Zeltvermieter, Zoll- und Grenzbehörden, sowie an Bus-, Fährunternehmen, Bahn- und Fluggesellschaften

Ihre E-Mail-Adresse/WhatsApp-Nr. nutzen wir nach Einwilligung zur Bekanntmachung von Infos, Angeboten und Aktionen.

Ich willige in die Nutzung meiner E-Mail-Adresse/WhatsApp-Nr. zum Zwecke der Bekanntmachung von Infos, Angeboten und Aktionen sowie zur Kontaktaufnahme ein:

O ja O nein

SV Rosellen, 4147 Neuss, Rosellener Schulstr. 11

Bitte wenden



Einwilligungserklärung

einer fotografierten Person für die Veröffentlichung von Fotos.

Die Fotos dürfen bearbeitet werden.

Die Fotos können anderen Teilnehmern der Veranstaltung, deren Eltern und dem Betreuungsteam zur Verfügung gestellt werden.

Die Fotos können zur Berichterstattung und zu Werbezwecken

des SV Rosellen (WhatsApp, Plakat, Flyer, Zeitung), oder zur Veröffentlichung auf Internetseiten des SV Rosellen in sozialen Netzwerken veröffentlicht werden.

Die Fotos können direkt nach der Veranstaltung und vor der Veröffentlichung eingesehen werden.

Es werden keine entwürdigenden oder diskriminierenden Fotos veröffentlicht.

Diese Einwilligung bezieht sich mit den gleichen Bedingungen auf bewegte Bilder.

- Ich bin mit den o.g. Veröffentlichungen einverstanden
 Ich bin mit den o.g. Veröffentlichungen einverstanden, außer:

Mit der Unterzeichnung dieser Erklärung willige ich in die Verwendung der oben genannten Daten und Bildern zu den genannten Zwecken ein.

Jugendliche ab 16 Jahren können diese Einwilligung alleine unterschreiben.

Nachname des/der Teilnehmers/in Vorname des/der Teilnehmers/in Geb.-Datum

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit von Ihnen ohne Angabe von Gründen, per E-Mail oder auf dem Postweg, ganz oder teilweise, widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Soweit diese Einwilligung nicht widerrufen wird, gilt sie zeitlich unbegrenzt, d.h. auch über das Ende der Teilnahme hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten Unterschrift des/der Teilnehmer/in

Ausdrückliche Einwilligung gem., Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO, Gesundheitsbogen 2018

Um auch eine medizinische Hilfe auf der Freizeit zu gewährleisten willige ich ausdrücklich ein, dass folgenden von mir eingetragenen Gesundheitsdaten meines Kindes verarbeitet werden dürfen.

Bitte sorgfältig lesen und von einem Personensorgeberechtigten ausfüllen und unterschreiben lassen!

Vor- und Zuname des Kindes geb. am

Straße PLZ Ort Telefon

Vor- und Zunahme des/der Personensorgeberechtigten

Telefonisch während der Woche erreichbar unter folgenden Telefonnummern:

Privat: _____ Handy: _____

Ich/Wir lasse(n) vor der Freizeit den Impfschutz meiner/unseres Kindes überprüfen. Eine Kopie des Impfbuches sowie - falls vorhanden - des Allergiepasses und die gültige Europäische Krankenversicherungskarte wird den Teilnehmern mitgegeben und vor Ort einem Leiter/Betreuer übergeben.

Mein/unser Kind hat folgende Krankheit: Keine

Mein/unser Kind hat folgende Auffälligkeiten: Keine

Mein/unser Kind hatte folgende Operationen: Keine

Folgende Infektionskrankheiten sind in den letzten 8 Wochen in der Umgebung meines/unseres Kindes aufgetreten: Keine

Mein/unser Kind hatte folgende Kinderkrankheiten:

Masern Mumps Windpocken Scharlach Röteln Diphtherie Keuchusten Corona

Mein/unser Kind hat folgende Allergien: Keine

SV Rosellen, 4147 Neuss, Rosellener Schulstr. 11

Bitte wenden



Gesundheitsbogen

Mein/unser Kind muss folgende Medikamente nehmen: Keine
(Bitte hier die genaue Dosis angeben und darauf achten, dass die Medikamente mitgegeben werden!)

Mein/unser Kind benötigt folgende Hilfsmittel: Keine
 Zahnsperre Hörgeräte
 sonstiges:

Mein/unser Kind darf an allen Sportarten teilnehmen:
 Ja

an folgenden Sportarten nicht teilnehmen:

Ich willige ausdrücklich und freiwillig ein, dass diese von mir eingetragenen Gesundheitsdaten vom Leitungsteam der Freizeit, zum Wohle meines Kindes verarbeitet werden dürfen. Ich kann diese Einwilligung jederzeit per E-Mail oder auf den Postweg widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Eventuelle Kosten der Krankenbehandlung während der Maßnahme bitte(n) ich/wir zu bezahlen. Die Auslagen werden von mir/uns nach Vorlage der Rechnung erstattet.

Sollte(n) ich/wir im Notfall unter den angegebenen Adressen bzw. Telefonnummern nicht erreichbar sein, setzt das Leitungsteam mein/unser Einverständnis für eventuell notwendige ärztliche Maßnahmen (einschließlich Schutzimpfungen) voraus.

Kurzfristige Änderungen des Gesundheitszustandes, die sich nach Abgabe dieses Gesundheitsbogens ergeben sollten, werde(n) ich/wir dem Leitungsteam sofort mitteilen.

Ort

Datum

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten