



- Ich bin mit der Speicherung der persönlichen Daten von meinem Kind/ mir und der Verwendung durch die CAJ Deutschland und seiner Kooperationspartner einverstanden. Widersprechen Sie der Nutzung bzw. ist die Veröffentlichung nicht gewünscht, bitten wir Sie darum, uns darüber schriftlich in Kenntnis zu setzen.

8. Ich bin während der Veranstaltung unter folgenden Kontaktdaten zu erreichen:

Name, Vorname: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Straße: _____ PLZ + Ort _____

9. Mein Kind hat folgende Leiden (z.B. Allergien, Asthma, Herzfehler, Epilepsie, Kreislaufschwäche, Nahrungs- oder Medikamentenunverträglichkeit...), die es von der Teilnahme einzelner Programmpunkte (z.B. Sport) ausschließen würde, oder auf die die Leitung der Veranstaltung besonders achten müssen:

10. WICHTIG bei regelmäßiger Medikamentengabe:

Folgende Medikamente müssen (regelmäßig/im Akutfall) eingenommen werden:

_____ (bitte genaue Angaben + Dosierung)

Ich erkläre hiermit, dass mein Kind in der Lage ist, die benötigten Medikamente eigenverantwortlich einzunehmen.

JA ☐

NEIN ☐ (Bedarf einer Überwachung bzw. Beaufsichtigung)

WENN JA:

Das Leitungsteam wird rechtzeitig vor der Abfahrt über mitgeführte Medikamente in Kenntnis gesetzt.

☐ Die Medikamente verbleiben beim Kind.

☐ Die Medikamente mit genauer Einnahmевorschrift und deutlicher Namenskennzeichnung werden zu Beginn der Veranstaltung dem anwesenden Leitungsteam zur Aufbewahrung übergeben.

WENN NEIN:

Die Einzelheiten einer regelmäßigen zu überwachenden Medikamentengabe müssen in diesem Fall schriftlich geregelt werden. Dazu ist die Vorgehensweise zwischen Eltern, Arzt und dem Leitungsteam der Maßnahme abzustimmen, sowie die Einzelheiten einer regelmäßigen Medikamentengabe schriftlich festzuhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r

(Der*die Unterzeichnende versichert, alleinerziehungsberechtigt zu sein oder in Vollmacht des zweiten Erziehungsberechtigten diese Erklärung abgegeben zu haben)