



ERLEBNISTAGE BAYERISCHER WALD

ERKLÄRUNG DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

1. Ich gebe meiner Tochter/meinem Sohn die Erlaubnis, an der Fahrt teilzunehmen. Ja Nein
janein
2. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich mit dieser Anmeldung finanzielle Verpflichtungen eingehe. Auf die Möglichkeit, eine Reisekostenrücktrittsversicherung abzuschließen, wurde ich hingewiesen. Ja Nein
3. Meine Tochter/mein Sohn besitzt den Jugendschwimmschein Bronze („Freischwimmer“) und darf unter Aufsicht der Lehrkräfte und Begleitpersonen (Qualifikation: DLRG Silber) an gemeinsamen Schwimm- und Badeaktionen, auch in Fließgewässern und Seen, teilnehmen. Ja Nein
4. Meine Tochter/mein Sohn darf uneingeschränkt an den angebotenen erlebnispädagogischen Programmbausteinen (z.B. Kanu, Floßbau, Klettern, Abseilen, Nachtwanderung, Trekkingtour, Lagerfeuer, ...etc) teilnehmen. Ja Nein
5. Ich habe meine Tochter/meinen Sohn darauf hingewiesen, dass der Konsum von Alkohol, Nikotin oder sonstigen suchtgefährdenden Mitteln während der gesamten Dauer der Fahrt verboten ist. Ausnahmen wie – altersbedingt – der Konsum von Zigaretten und weichen alkoholischen Getränken bedürfen der Absprache mit der Lehrkraft. Der Konsum von Cannabisprodukten jeder Art ist nach §5 KCanG auf dem gesamten Gelände von Erlebnistage Bayerischer Wald e.V. ausnahmslos verboten. Ja Nein
6. Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn in Gruppen von mindestens 3 Schülern/Schülerinnen – mit klaren Arbeitsaufträgen – auch ohne Aufsicht der Pädagogen unterwegs sein darf.janeinjaneinjaneinjanein
7. Meine Tochter/mein Sohn leidet an folgenden Erkrankungen (z.B. chronische Erkrankungen, zurückliegende größere Operationen, Schädigungen an Wirbelsäule, Herzfehler, o.ä.), die Einfluss auf eine reguläre Teilnahme am Programm der Klassenfahrt haben könnten:
Ja Nein

Er/Sie ist auf die Einnahme der folgenden Medikamente angewiesen (Bitte auch Dosierung angeben!):

8. Ich gebe meiner Tochter/meinem Sohn am _____ im verschlossenen Umschlag den Impfpass bzw. das Impfbuch mit.
9. Meine Tochter/mein Sohn ist bei folgender Krankenkasse versichert: Die entsprechende KrankenkassenChipkarte gebe ich ihr/ ihm auf die Fahrt mit.
10. Bei groben Verstößen gegen die Absprachen/Anordnungen erkläre ich mich bereit, meine Tochter/meinen Sohn unverzüglich, auf eigene Kosten abzuholen.
11. Unter Umständen kann es nötig sein, die persönlichen Daten meiner Tochter/eines Sohnes (Name, Geburtsdatum) aus versicherungs- und haftungsrechtlichen Gründen zu erfassen. Der hierfür nötigen Datenerfassung für Vorfallstatistik stimme ich hiermit zu. Die Daten werden DSGVO-konform gespeichert und nach der gesetzlichen Verjährungsfrist (5 Kalenderjahre) vernichtet.
Ja Nein

ERLEBNISTAGE BAYERISCHER WALD

Geschäftsstelle
Bischofsreut 23
94145 Haidmühle
08556 9729-0
info@erlebnistage.bayern
www.erlebnistage.bayern

Erlebnistage
Bayerischer Wald e.V.
Sportplatzstraße 8
94158 Philipsreut
Steuernummer:
153/108/10158
Vereinsregister am
Amtsgericht
Passau: Nr. VR 201214
Vorstand: Alex Ferstl,
Prof. Dr. Werner Michl



ERLEBNISTAGE BAYERISCHER WALD

Durch meine Unterschrift erkenne ich alle oben angeführten Punkte an. Was von mir nicht anerkannt wird oder was nicht zutrifft, habe ich durchgestrichen.

Meine Anschrift für dringende Fälle:

, den _____

Unterschrift einer*s Erziehungsberechtigten

Mobil: _____

Bei Volljährigkeit der Teilnehmenden:

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich auf der geplanten Schulveranstaltung an die Weisungen der Lehrkräfte gebunden bin. Durch meine Unterschrift erkenne ich an, dass alle oben angeführten Punkte entsprechend auch für mich zutreffen.

, den _____

Unterschrift Teilnehmende

ERLEBNISTAGE BAYERISCHER WALD

Geschäftsstelle
Bischofsreut 23
94145 Haidmühle
08556 9729-0
info@erlebnistage.bayern
www.erlebnistage.bayern

Erlebnistage
Bayerischer Wald e.V.
Sportplatzstraße 8
94158 Philppsreut
Steuernummer:
153/108/10158
Vereinsregister am
Amtsgericht
Passau: Nr. VR 201214
Vorstand: Alex Ferstl,
Prof. Dr. Werner Michl