

KONFICAMP 2026 FREIZEITPASS

Liebe Eltern,
es ist für uns sehr wichtig, dass Sie den Freizeitpass ihres Kindes gewissenhaft und sorgfältig ausfüllen. Die anzugebenden Informationen werden vertraulich behandelt und dienen allein dem Wohl ihres Kindes.
Um unsere Aufsichtspflicht und die damit verbundene Verantwortung wahrzunehmen, sind diese Informationen für uns zwingend notwendig.

Persönliche Daten Teilnehmer/in

Vorname	Nachname
Klicken, um Text einzugeben.	Klicken, um Text einzugeben.
Straße	Hausnummer
Klicken, um Text einzugeben.	Klicken, um Text einzugeben.
PLZ	Wohnort
Klicken, um Text einzugeben.	Klicken, um Text einzugeben.
Geburtsdatum	
Klicken, um Text einzugeben.	

Erreichbarkeit des/der Sorgeberechtigten

Vorname	Nachname
Klicken, um Text einzugeben.	Klicken, um Text einzugeben.
Telefonnummer	Handynummer
Klicken, um Text einzugeben.	Klicken, um Text einzugeben.
Email	
Klicken, um Text einzugeben.	
Verwandte/Freunde, die im Notfall weiterhelfen können – bitte Telefonnummer mit angeben!	
Klicken, um Text einzugeben.	
Klicken, um Text einzugeben.	
Klicken, um Text einzugeben.	

Gesundheitsfürsorge

Krankenversicherung: ☐ gesetzlich ☐ privat
Name der Krankenkasse Versicherungsnummer
Klicken, um Text einzugeben. Klicken, um Text einzugeben.
Vor- und Nachname des/der Familienangehörigen, über den die oben genannte Person versichert ist.
Klicken, um Text einzugeben.
Name und Adresse des Hausarzt
Klicken, um Text einzugeben.

Impfungen (Kopie Impfpass beilegen)

Tetanus (Wundstarrkrampf): ☐ nein ☐ ja letztes Impfdatum:
FSME (Zeckenbiss): ☐ nein ☐ ja letztes Impfdatum:

Ich bin damit einverstanden, dass eine/ein Mitarbeiterin/ ein Mitarbeiter eine Zecke bei meinem Sohn/meiner Tochter entfernen darf: ☐ ja ☐ nein
Wenn nein angekreuzt ist gehen die Mitarbeiter/innen mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn zu einer Ärztin/ einem Arzt.

Medikamente

Generell dürfen verschreibungspflichtige Medikamente nur nach einer Anamnese durch eine Ärztin/einen Arzt verabreicht werden. Daran halten wir uns. Sollte Ihre Tochter/Ihr Sohn Medikamente während der Veranstaltung einnehmen, informieren Sie uns bitte darüber. Wenn wir die Einnahme des Medikaments sicherstellen sollen, bitten wir Sie untenstehend nähere Informationen zum Medikament und seiner Einnahme mitzuteilen.

Name des Medikaments	Dosierung
Klicken, um Text einzugeben.	Klicken, um Text einzugeben.

☐ nimmt meine Tochter/mein Sohn selbst ein
☐ soll von den Mitarbeitenden verabreicht werden

Weitere Informationen/Bemerkungen/Hinweise
Klicken, um Text einzugeben.

Verabreichung rezeptfreier Medikamente

Bei Bedarf können wir Ihrer Tochter/Ihrem Sohn rezeptfreie Medikamente wie Kopfschmerztabletten, Halstabletten, Wund- oder Stichsalbe verabreichen, bedürfen hierzu aber Ihrer ausdrücklichen Zustimmung.

Hinweis: Bei größeren Problemen nehmen wir in jedem Fall Kontakt mit Ihnen oder einer Ärztin/einem Arzt vor Ort auf. Wenn Sie uns keine Zustimmung geben, müssten wir Ihre Tochter/Ihren Sohn bei jeder Verletzung (z. B. Wespenstich) zur Ärztin/zum Arzt bringen.

Ich stimme der Verabreichung rezeptfreier Medikamente zu:

☐ja ☐nein

Worauf muss besonders geachtet werden?

(z. B. Allergien, Lebensmittelunverträglichkeiten, Behinderungen, Herzfehler, Hitzeempfindlichkeit, Bettnässen, Medikamentenunverträglichkeit, Abhängigkeiten von Medikamenten und Rauschmitteln, ADS/ADHS, Zahnsplange, Verhalten usw. - ggf. gesonderte Mitteilung oder ärztliches Attest beifügen)

Klicken, um Person 1 einzutragen

Klicken, um Person 2 einzutragen

Einverständniserklärung

- Der Veranstalter übernimmt keine Haftung für abhanden gekommene, beschädigte oder verlorene Gegenstände, die meinem Kind oder einem Dritten gehören, es sei denn, dass dem Veranstalter ein Verschulden anzulasten ist.
- Meine Tochter/mein Sohn ist von mir angewiesen worden, den Anordnungen der Verantwortlichen der Veranstaltung Folge zu leisten. Mir ist bekannt, dass der Veranstalter für Folgen von selbstständigen Unternehmungen und dadurch verursachte Schäden nicht haftet.
- Mir ist bekannt, dass die Teilnehmenden während der Veranstaltung im Rahmen des Programms und ihrem Alter entsprechend freie Zeit haben, in der sie selbstständig und ohne direkte Aufsicht unterwegs sein dürfen.
- Wenn mein Kind mit seinem Verhalten die Veranstaltung, sich selber oder andere gefährdet, kann der Veranstalter mein Kind auf meine Kosten nach Hause schicken. In diesem Fall ist der Veranstalter berechtigt den Vertrag der Teilnahme an dieser Veranstaltung fristlos zu kündigen. Die vom Veranstalter eingesetzten Leiter/innen oder sonstigen Verantwortlichen sind ausdrücklich bevollmächtigt, Abmahnungen und Kündigungen namens des Veranstalters vorzunehmen. Die zusätzlich entstandenen Kosten gehen in diesem Fall zu Lasten des Gekündigten. Sind mit Ihnen bzw. Ihrer Tochter/Ihrem Sohn Teilnahme- oder Reisebedingungen rechtswirksam vereinbart worden, dann gelten in Ergänzung zu den vorstehenden Erklärungen die dortigen Regelungen zur Kündigung des Teilnahme- oder Reisevertrages.
- Ich versichere, dass meine Tochter/mein Sohn an keiner ansteckenden Krankheit leidet und frei von Ungeziefer (z. B. Kopfläusen, Flöhen) ist bzw. zur Veranstaltung kommt. Das Merkblatt GEMEINSAM VOR INFESTIONEN SCHÜTZEN des Robert-Koch-Instituts zu § 34 Abs. 5 S. 2 Infektionsschutzgesetz habe ich gelesen und meine Tochter/meinen Sohn entsprechend belehrt.

Ich bin damit einverstanden, dass Bilder und Videos, die während der Freizeit von meinem Kind entstehen, für Veröffentlichungen des SWD-EC Verbands genutzt werden dürfen. Einer konkreten Veröffentlichung können Sie jederzeit widersprechen. Der Veranstalter wird im Falle eines Widerspruchs das entsprechende Bild zeitnah aus dem von ihm verantworteten Bereich entfernen. Ihnen ist dabei bekannt, dass digitale Bilder kopiert, an anderer Stelle verwendet oder auch verändert werden können, ohne dass der Veranstalter darauf Einfluss hätte. Auf eine Vergütung für die Veröffentlichung eines Bildes oder einer Videosequenz verzichten Sie hiermit ausdrücklich. Auf die Fotos oder Videos, die möglicherweise von Teilnehmenden gemacht werden, hat der Veranstalter keinen Einfluss. Er ist nicht verpflichtet, diesbezüglich Verbote oder Gebote auszusprechen bzw. Kontrollen vorzunehmen.

Bei diesen Feldern handelt es sich um ein Pflichtfeld

☐ Ich habe die allgemeinen Geschäftsbedingungen des SWD-EC-Verbandes (www.swdec.de/agb) gelesen und akzeptiere diese.

☐ Ich habe die Datenschutzerklärung (www.swdec.de/datenschutz) gelesen und bin damit einverstanden, dass der SWD-EC die von mir mitgeteilten Daten speichert und verarbeitet. Der SWD-EC weist darauf hin, dass Sie die erteilte Einwilligung zur Nutzung Ihrer Daten zwecks Übersendung von Informationen per E-Mail an info@swdec.de jederzeit widerrufen können.

Meine Tochter/mein Sohn und ich/ wir selbst haben diese Informationen zur Kenntnis genommen. Mit der Unterschrift bestätigt der/die Sorgeberechtigte/n, dass die Informationen akzeptiert werden und alle Angaben richtig und vollständig sind. Als Alleinunterzeichner/in bestätige ich gleichzeitig, dass ich alleinige/r Sorgeberechtigte/r bin, bzw. vom anderen Sorgeberechtigten (anderen Elternteil) mit der Abgabe der entsprechenden Erklärungen beauftragt bin und in dessen Kenntnis und Einverständnis handle.

Datum Unterschrift des/der Sorgeberechtigte(n)

Datum Unterschrift des Teilnehmers