



## Anmeldeformular

Für **folgende Aktivität** des KJR melde ich mich/mein Kind hiermit verbindlich an:

<b>Teilnehmer:in</b> Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Wohnort	
Geburtsdatum	
<b>Sorgeberechtigt</b> Name, Vorname	
Telefon Privat	
Telefon Geschäftlich/ tagsüber erreichbar	
Handy Nummer + Namen	
E-Mail	
Ggf. abweichende Rechnungsadresse	
<b>Weitere erreichbare Angehörige während der Freizeit</b> Name, Vorname	
Verwandtschaftsgrad (z.B. Oma, Opa, Tante, Onkel)	
Telefon	

Falls möglich, bitte Unterbringung im gleichen Zimmer/Zelt mit:

---

---

Die **Teilnahmebedingungen** habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an:

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Teilnehmer: in)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der/die Sorgeberechtigte)



Name: \_\_\_\_\_

### Informationen

Ich wünsche regelmäßig per Mail über Freizeiten und Fahrten des KJR informiert zu werden:

ja             nein

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

**Sozialleistungsbezug (für statistische Zwecke)**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

### Einverständniserklärung für die Verwendung von Fotos und/oder Videos

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen der Aktion/Freizeiten/Veranstaltungen des KJR Schweinfurt Fotos, Videos und/oder Tonaufnahmen von den anwesenden Teilnehmer\*innen gemacht werden und zur Veröffentlichung auf den Social Media Kanälen des KJR, des BezJR und des BJR, in Print-Public des KJR, des BezJR und des BJR, Präsentationen bei Veranstaltungen des KJR, auf Fachtagungen oder Arbeitskreistreffen verwendet und zu diesem Zweck auch abgespeichert werden dürfen.

Die Fotos, Videos und/oder Tonaufnahmen dienen ausschließlich der Öffentlichkeits- und/oder Elternarbeit des KJR Schweinfurt, sowie der Veranstaltungsdokumentation.

Diese Einverständniserklärung ist freiwillig und kann gegenüber dem KJR Schweinfurt jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Sind die Aufnahmen im Internet verfügbar, erfolgt die Entfernung, soweit dies dem KJR Schweinfurt möglich ist.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich an den KJR Schweinfurt widerrufen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der/die Sorgeberechtigte)  
(ab 16 Jahren darf man selbst unterschreiben)

### Datenschutzerklärung

Die Daten werden zur Anmeldung und Durchführung der Veranstaltung bei uns verarbeitet und gespeichert. Weitere Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO sind unter <https://www.kjr-sw.de/datenschutz/> zu finden.



## Gesundheitsbogen (bitte sorgfältig lesen und ausfüllen!)

Name: \_\_\_\_\_

Kannst du schwimmen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bist Du gegen Tetanus geimpft? → Wenn ja, dann Datum der letzten Impfung:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> _____
Kannst Du uneingeschränkt Sport treiben? → Wenn nein, worauf ist zu achten:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> _____
Musst Du regelmäßig Medikamente nehmen? → Wenn ja, welche:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> _____
Ich bin Vegetarier <input type="checkbox"/>	Ich bin Veganer <input type="checkbox"/>
Reagierst Du allergisch auf Lebensmittel? → Wenn ja, auf welche und wie:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> _____
Hast Du andere Allergien? → Wenn ja, welche und wie reagierst Du:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> _____
Hast Du chronische Krankheiten, Behinderungen oder ein körperliches Gebrechen (z.B. Hörschaden, Sehfehler, Herz- und Kreislaufprobleme o.ä.) → Wenn ja, welche:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> _____ _____
Benötigst du Hilfe im Alltag? → Wenn ja, welche:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> _____



Name: \_\_\_\_\_

### Besondere Eingriffe der Mitarbeitenden

Der Kreisjugendring Schweinfurt weist darauf hin, dass es den Mitarbeitenden im Rahmen ihrer Aufsichtspflicht nicht erlaubt ist, ohne eine **ausdrückliche Einwilligung der Sorgeberechtigten** eigene Maßnahmen über die Erste Hilfe hinaus zu ergreifen. In einigen Fällen lässt sich jedoch durch ein rasches Eingreifen nicht nur eine Ausweitung der Verletzung/Erkrankung, sondern auch ein Arzt- oder Krankenhausbesuch vermeiden.

Deshalb fragen wir nach Ihrer Erlaubnis für folgende Maßnahmen:

Wir gestatten den ehrenamtlichen Betreuer:innen der Freizeit das Entfernen von Fremdkörpern aus der obersten Hautschicht (z.B. Holzsplitter).	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wir gestatten den ehrenamtlichen Betreuer:innen der Freizeit das Entfernen von Zecken mit speziell hierfür vorgesehenen Hilfsmitteln.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wir gestatten im Bedarfsfall die Ausgabe von hautfreundlichen Sensitiv-Pflastern durch die ehrenamtlichen Betreuer:innen der Freizeit.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

**Hinweis:** Die Mitarbeitenden sind **nur berechtigt, aber nicht verpflichtet**, die oben genannten Maßnahmen zu ergreifen. Im Zweifelsfall werden die Mitarbeitenden ggf. Kontakt mit Ihnen aufnehmen und/oder einen Arzt/ eine Ärztin aufsuchen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)