



## Badeerlaubnis

Hiermit gebe/n ich/wir mein/unser Einverständnis, dass das Kind \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_ im Rahmen des Wegscheideaufenthalts vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ unter Aufsicht in  
öffentlichen Badeanstalten oder an ausgewiesenen Badestellen badet.

Sollten Umstände eintreten, die eine Teilnahme am Baden verbieten oder unzweckmäßig erscheinen lassen,  
verpflichte/n ich mich/wir uns, die verantwortliche Lehrperson unverzüglich zu benachrichtigen. Das Kind verfügt über  
folgende Schwimmkenntnisse:

- Nichtschwimmer  
 Schwimmer und hat folgende Schwimmbzeichen:  
 Jugendschwimmpass Bronze  Jugendschwimmpass Silber  Jugendschwimmpass Gold

Es liegen gesundheitliche Schäden vor, die eine Teilnahme am Wassersport verbieten.  
Besondere Hinweise (z. B. Trommelfellverletzung, „hat Angst vor dem Tauchen“ etc.):

Mir/uns ist bekannt, dass diese Erlaubnis so lange gilt, bis sie von mir/uns durch Erklärung gegenüber der  
verantwortlichen Lehrperson widerrufen wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

## Erklärung

1. Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass mein / unser Kind

\_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

bei lebensgefährlicher Erkrankung während des Wegscheideaufenthaltes in ein Krankenhaus eingewiesen wird und dass  
der/die zuständige Arzt/Ärztin die erforderliche ärztliche Behandlung vornimmt. Ich / Wir nehmen/n davon Kenntnis,  
dass sich der/die Arzt/Ärztin nach Möglichkeit vor einer Operation mit den Erziehungsberechtigten in Verbindung set-  
zen wird, um deren Einwilligung für den ärztlichen Eingriff zu erhalten.

Ich bin / Wir sind telefonisch unter folgender Nummer zu erreichen: .....

2. Ich bin / Wir sind außerdem damit einverstanden, dass der Transport des Kindes zu einer ärztlichen Untersuchung  
bzw. Behandlung im Notfall zur Leistung von Erster Hilfe mit dem Privatfahrzeug des Lehrers/Betreuers oder der  
Lehrerin/Betreuerin erfolgen kann.

3. Bei meinem / unserem Kind wurden verschiedene Schutzimpfungen durchgeführt. Eine Kopie des Impfbuches geben  
wir dem Lehrer / Betreuer, der Lehrerin / Betreuerin mit.

Mein / Unser Kind ist gegen folgende Krankheiten geimpft (Angabe der letzten Impfung):

- Tetanus (Impfung \_\_\_\_\_ )

Hinweise auf Allergien und Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden müssen. Bitte nehmen Sie bei  
**Gefährdung** des Kindes Kontakt zur Lehrperson auf:

Während des Aufenthalts kann es wie überall im Freien zu Zeckenbissen kommen. Bitte befragen Sie Ihr Kind nach  
dem Aufenthalt, ob es von einer Zecke gebissen wurde und kontaktieren ggf. den Hausarzt.

4. Mein Kind ist bei folgender Krankenkasse familienversichert: \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Die Krankenversicherungskarte gebe ich meinem Kind mit.

Ich bin/wir sind darauf hingewiesen worden, dass der Abschluss einer privaten Haftpflichtversicherung für die Dauer  
des Aufenthalts sinnvoll ist. (Bitte beachten Sie, dass bei Zeiten einer privaten Abwesenheit von der Gruppe oder bei  
unerlaubtem Entfernen kein Versicherungsschutz durch die Unfallversicherung besteht.)

5. Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind von den Begleitpersonen auf der Grundlage einer geson-  
derten schriftlichen Vereinbarung medizinische Hilfe (entsprechend des Erlasses vom 29.04.2015) erhalten darf. Dazu  
gehören zum Beispiel das Entfernen von Zecken oder nach Absprache mit den Eltern die Gabe von Medikamenten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten