



## Notfall-Umschlag

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

### **Inhalt:**

- Erklärung für die Eltern
- Personalien und Adressen
- Aufsichtspflicht und Ähnliches
- „Arztbogen“
- Impfpass (Kopie)
- Krankenversicherungskarte (Kopie)
- Ausweis (Kopie)



# Erklärung für die Eltern

**Liebe Eltern,**

natürlich hoffen wir immer, dass bei einer Schul- oder Klassenfahrt nichts Schlimmes passiert. Doch im Falle eines Falles möchten wir sicherstellen, dass wir in jeder Situation die bestmöglichen Entscheidungen treffen können. Dazu brauchen wir Ihre Hilfe.

Der Fragebogen ist in zwei Kapitel unterteilt. Der erste Teil beschäftigt sich mit Fragen im Bereich der Aufsichtspflicht und allgemeinen Dingen – also Informationen, die den Lehrern und Begleitpersonen auch die Aufsicht während der Fahrt ermöglichen und erleichtern und helfen, einen Notfall zu vermeiden. Das zweite Kapitel beschäftigt sich mit den gesundheitlichen Fragen, die auch nur durch die Verantwortlichen der Fahrt – und im Notfall ggf. von behandelnden Personen –eingesehen werden sollen. (Die Schulfahrt wird von drei Ärzten und zwei Krankenschwestern begleitet.) Die Daten werden also keinesfalls ohne Grund an Dritte weitergegeben.

Bitte füllen Sie die anschließenden Seiten möglichst vollständig aus, um uns den Aufenthalt zu erleichtern und damit im Notfall keine Missverständnisse entstehen.

Sollte der Platz in dem Fragebogen für Ihre Antworten nicht ausreichen, dann fügen Sie bitte ein zusätzliches Blatt hinzu, verweisen Sie dann im Fragebogen auf das zusätzliche Blatt! Ganz wichtig dabei auch: Notieren Sie den Namen des Kindes, die Klasse und das Geburtsdatum auf dem Beiblatt!

Stecken Sie die ausgefüllten Fragebögen, Kopie des Ausweises, Kopie des Impfpasses und ggf. Kopie der Krankenversicherungskarte in einen DIN C4-Umschlag, auf den Sie bitte das Deckblatt mit dem Namen Ihres Kindes kleben.

Diesen Umschlag geben Sie bitte bis zum **30.09.2015** an die Klassenlehrerin/Klassenlehrer zurück.

**Achtung:**

**Der gültige Kinderausweis/Personalausweis/Reisepass und ggfls. die Krankenversicherungskarte werden am Tag der Abfahrt von der Klassenlehrerin/vom Klassenlehrer Ihres Kindes eingesammelt.**

Herzlichen Dank.

Wolfram Wenner  
Koordinator

## Personalien und Adressen

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Klasse \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind (Vor- und Nachname) \_\_\_\_\_ an der Schulfahrt nach Assisi 2015 des Gymnasiums Johanneum Wadersloh vom 19.10.15 bis 26.10.2015 teilnimmt.

Bei Notfällen verständigen Sie bitte:

Privatadresse der bzw. des Erziehungsberechtigten

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon, privat: \_\_\_\_\_

Telefon, dienstl.: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

(wenn vorhanden)

Ersatz-Anschrift (z.B. Großeltern)

Bin ich/Sind wir nicht zu erreichen benachrichtigen Sie bitte:

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon, privat: \_\_\_\_\_

Telefon, dienstl.: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

(wenn vorhanden)

Er/Sie ist in diesem Fall auch berechtigt, die Aufsichtspflicht zu übernehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift sämtlicher Erziehungsberechtigter

# Aufsichtspflicht und Ähnliches

Name, Vorname und Klasse des Kindes: \_\_\_\_\_

1. Ich/Wir  
 erlaube/n,  
 erlaube/n nicht, dass mein/unser Kind am Baden in einer geschlossenen Badeanstalt oder an einem durch Rettungsschwimmer beaufsichtigten Strand teilnimmt.
  
2. Mein/unser Kind ist  
 Schwimmer /  Nichtschwimmer  
und hat folgendes Schwimmabzeichen \_\_\_\_\_ erworben.
  
3. Ich/Wir  
 erlaube/n,  
 erlaube/n nicht, dass mein/unser Kind an allen geplanten Aktivitäten teilnimmt.
  
4. Mein/unser Kind ist Vegetarier  
 Ja             Nein  
  
oder benötigt besondere Ernährung:  
\_\_\_\_\_
  
5. Mir/Uns ist bekannt, dass mein/unser Kind vorzeitig nach Hause geschickt werden kann, wenn:
  1. sein Verhalten
  2. Bewusste Fehlinformation der Elternden ordnungsgemäßen Ablauf der Schulfahrt gefährdet. Zu diesem Fehlverhalten gehören u. a. der Genuss von Nikotin, Alkohol oder Drogen anderer Art oder die Missachtung von Anweisungen des Reiseveranstalters oder der Lehrer. In diesem Fall sind alle anfallenden Kosten (auch für den begleitenden Betreuer) von mir/uns unverzüglich zu zahlen.
  
6. Handys und andere elektronische Geräte dürfen mitgenommen werden. Sollten diese missbräuchlich benutzt werden, werden sie von den Lehrern eingesammelt und bei der Ankunft zurückgegeben. Für eingesammelte Gegenstände wird **keine** Haftung übernommen.
  
7. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind tagsüber ohne Begleitung eines Lehrers, aber in Gruppen von mindestens drei Teilnehmern nach Absprache mit dem Lehrer das Gelände des Campingplatzes verlassen darf oder sich bei Ausflügen in den jeweiligen Städten bewegen darf.
  
8. Bei meinem/unserem Kind sind besondere Auffälligkeiten zu beachten: (Schlafwandeln, Bettnässen, ADS, oder ähnliches):  
\_\_\_\_\_
  
9. \_\_\_\_\_
  
10. Wünsche oder Bemerkungen besonderer Art:  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift sämtlicher Erziehungsberechtigter

# „Arztbogen“

Name, Vorname und Klasse des Kindes: \_\_\_\_\_

1. Mein/Unser Kind ist krankenversichert bei (Name und Adresse der Versicherung):

\_\_\_\_\_

2. Versicherungsnehmer (Name und Geburtsdatum) und Versicherungsnummer:

\_\_\_\_\_

Bitte geben Sie bei der Klassenlehrerin oder dem Klassenlehrer die Krankenversichertenkarte Ihres Kindes und den Impfpass (auch Kopie) vor der Fahrt ab.

3. Mein/unser Kind wurde zuletzt am \_\_\_\_\_ gegen Tetanus und am \_\_\_\_\_ gegen FSME (Zecken) geimpft.

4. Hausarzt/Kinderarzt:

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

5. Gibt es bei Ihrem Kind ungewöhnliche Reaktionen auf Insektenstiche?

Nein  Ja, folgende: \_\_\_\_\_

6. Bestehende / akute / chronische Krankheiten / Allergien oder andere Besonderheiten: (z.B. Asthma, Diabetes, Epilepsie (Fallsucht), Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Trommelfellschäden, Herzfehler, etc.):

\_\_\_\_\_

7. Mein/Unser Kind benötigt zur Zeit folgende(s) Medikament(e):

\_\_\_\_\_

Gebrauchsanweisung:

\_\_\_\_\_

8. Mein/Unser Kind wird diese Medikamente selbstständig einnehmen.

Ja  Nein

9. Fallen diese Medikamente unter das Betäubungsmittelgesetz? (BTM)

Nein  Ja – die Bescheinigung des Arztes lege ich bei.

10. Ich erlaube/Wir erlauben die Verabreichung von frei verkäuflichen und homöopathischen Medikamenten und Salben lt. Packungsbeilage des Herstellers.

Ja  Nein

11. Ich/Wir nehmen zur Kenntnis, dass ärztliche Maßnahmen wie lebensrettende operative Eingriffe oder Schutzimpfungen, die vom hinzugezogenen Arzt für dringend erforderlich erachtet werden, bei meinem/unserem Kind im gegebenen Fall vorgenommen werden.

12. Wir erklären, dass unser Kind nach unserem Wissen frei von ansteckenden Krankheiten ist.

13. Sonstige wichtige medizinische oder andere Hinweise:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort/Datum

Unterschrift sämtlicher Erziehungsberechtigter