|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Schulausflug-Teilnahmeerlaubnis | | | |
| / SCHULAUSFLUG TEILNAHMEERLAUBNIS / NOTFALLFORMULAR | | | |
| Bitte füllen Sie dieses Formular aus, das beim Ausflug für Ihr Kind mitgeführt wird. Diese Informationen werden für den Fall benötigt, dass wir während der Abwesenheit von der Schule Kontakt mit Ihnen aufnehmen müssen. Ohne ausgefülltes und von den Eltern oder dem Erziehungsberechtigten unterschriebenes Formular darf ein Schüler nicht teilnehmen. Die Informationen auf diesem Formular werden vertraulich behandelt und vom Leiter/Ersthelfer beim Ausflug mitgeführt. | | | |
| Hiermit wird  (Name des Schülers) DRUCKBUCHSTABEN  die Teilnahme am Ausflug nach **[ZIEL]** mit dem **[BEFÖRDERUNGSART]** am **[TAG].[MONAT].[JAHR]** gestattet. Die Abfahrt ist um **[ABFAHRTSZEIT]** und die Rückkehr um **[RÜCKKEHRZEIT]**. | | | |
| INFORMATIONEN ZU ELTERN/ERZIEHUNGSBERECHTIGTEM: | | | |
| Name der Eltern/Erziehungsberechtigter: | | | |
| Adresse: | | | |
| Telefonnr.: | | Notfall-Telefonnr.: | |
| Bitte geben Sie die unten angeforderten Informationen an, da sie möglicherweise in einem Notfall benötigt werden. Diese Informationen ändern nicht die Informationen auf der Notfallkarte.  Geburtsdatum des Schülers | | | |
| Allergien: | | | |
| Besonders zu beachtende Umstände (medizinisch/physisch): | | | |
| Benötigt der Schüler: (A) **EpiPen** Ja □ Nein □ (B) **Inhalator** Ja □ Nein □ (C) **DERZEIT EINGENOMMENE MEDIKAMENTE:** (Art des Medikaments und Zeitpunkt der Verabreichung): | | | |
| Besprechen Sie mit dem Ersthelfer vor dem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **[DATUM]** Einzelheiten zu Medikamenten oder besonderen Bedürfnissen des Schülers. DIESE INFORMATIONEN WERDEN VERTRAULICH BEHANDELT. SIE VERBLEIBEM BEIM LEITER/ERSTHELFER DES SCHULAUSFLUGS AN DIESEM TAG. KONTAKTINFORMATIONEN NUR FÜR DEN TAG DES AUSFLUGS: | | | |
| Name der ersten Kontaktperson | | Beziehung zum Schüler: | |
| Telefonnr.: | Telefonnr. (beruflich): | | Mobiltelefon/Pager-Nr.: |
| Name der zweiten Kontaktperson | | Beziehung zum Schüler: | |
| Telefonnr.: | Telefonnr. (beruflich): | | Mobiltelefon/Pager-Nr.: |
| Hausarzt des Schülers: | | Telefonnr.: | |
| Zahnarzt des Schülers: | | Telefonnr.: | |
| **MITTEILUNG AN ARZT ODER KRANKENHAUS:** Ich gestatte hiermit, die Weitergabe relevanter medizinischer Informationen zu meinem Kind an die jeweiligen Fachkräfte. Ich gestatte dem Arzt oder Krankenhaus im Notfall die Gewährleistung der Behandlung sowie die Verordnung von Medikamenten, Injektionen, einer Narkose oder Operation für mein Kind (wie oben genannt). Mit der nachstehenden Unterschrift gestattete ich die Durchführung einer erforderlichen Behandlung für mein Kind während dieses Ausflugs. | | | |
| INFORMATIONEN ZUR KRANKENVERSICHERUNG: | | | |
| Versicherungsname: | Mitgliedsnr.: | | Gruppennr.: |
| Name der Eltern/Erziehungsberechtigter: | | | Datum: |
| (DRUCKBUCHSTABEN) | | | |
| Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigter: | | | |