

**Jugendfreizeit am Bodensee 3. – 7.8.2026**

**AUSKUNFTSBLATT**

<b>IHR KIND</b>	
Name:	Vorname:
Geschlecht: weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers: <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum:
<b>ERZIEHUNGSBERECHTIGTE</b>	
Mutter <input type="checkbox"/>	Vater <input type="checkbox"/>
Vormund <input type="checkbox"/>	
Kontaktdaten des/ der Erziehungsberechtigte/n:  Name und Vorname:  Straße:  PLZ:                      Ort:  Tel. Nr. privat:  Mobilnummer:  Tel Nr. Arbeit:  @ Email-Adresse:	Weitere Person, die im Notfall kontaktiert werden soll:  Name und Vorname:  Straße:  PLZ.:                      Ort:  Tel. Nr. Privat:  Mobilnummer:  Tel Nr. Arbeit:  @ Email-Adresse:

<b>FÜR DIE JUGENDFREIZEIT VORZULEGENDE UNTERLAGEN</b>	
<input type="checkbox"/> Ausgefülltes Auskunftsblatt  <input type="checkbox"/> Ausgefüllte Erklärung der/ des Erziehungsberechtigten  <input type="checkbox"/> Kopie des Personalausweises  <input type="checkbox"/> Kopie des Impfpasses  <input type="checkbox"/> Kopie der Krankenkassenkarte	<input type="checkbox"/> Bescheinigung über die Eignung zur Ausübung von Wasser- und Wassersportaktivitäten (DLRG-Abzeichen in Bronze)  <input type="checkbox"/> Gegebenenfalls Dokumente über gesundheitliche Einschränkungen, z. B. <ul style="list-style-type: none"> <li>• ärztliche Atteste</li> <li>• Rezepte des Arztes, welche die nötigen Arzneimittel und Behandlungen beschreiben</li> <li>• Genehmigung der Erziehungsberechtigten</li> </ul>

## ERKLÄRUNG DER/ DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

Ich, Frau / Herr:

Vater

Mutter

Vormund

### erkläre, dass

- mein Kind KEINE gesundheitlichen Einschränkungen hat.
- mein Kind folgende gesundheitlichen Einschränkungen hat, z. B. chronische Krankheiten, Allergien, Lebensmittelunverträglichkeiten, ... (bitte kurz beschreiben und entsprechende Dokumente beifügen):

Ich erlaube den verantwortlich Betreuenden, mein Kind behandeln und, falls erforderlich, die Notversorgung nach den Weisungen eines behandelnden Arztes durchführen zu lassen. Ich verpflichte mich, die Kosten für die medizinische Behandlung, Medikamente, Krankenhausaufenthalt und eventuelle chirurgische Eingriffe zu bezahlen:  Ja  Nein

Ich habe mich über das Programm der Jugendfreizeit informiert und erlaube meinem Kind, an allen Aktivitäten teilzunehmen, unter anderem Baden im Bodensee. Ich erlaube, daß sich mein Kind zeitweise ohne Aufsicht alleine oder in einer kleinen Gruppe Jugendlicher bewegt, unter anderem im Schwimm-/ Strandbad und in den Innenstädten von Friedrichshafen, Konstanz und Lindau. Ich bescheinige, dass es bei meinem Kind keine medizinischen Gegenindikationen gegen die Aktivitäten des Programms gibt und mein Kind gut schwimmen kann:  Ja  Nein

Ich hafte für alle Schäden, die mein Kind während der Jugendfreizeit sich oder anderen zufügt:  Ja  Nein

Ich erlaube der Stadt Bad Säckingen als Veranstalterin der Jugendfreizeit, ausdrücklich und ohne Gegenleistung, Fotos und Filmaufnahmen von meinem Kind, die im Zusammenhang mit der Jugendfreizeit gemacht werden, auf allen Trägern zu verwenden und zu veröffentlichen:  Ja  Nein

Ich habe die Information zum Datenschutz gelesen und erkläre mich damit einverstanden:  Ja  Nein

Die angegebenen personenbezogenen Daten dürfen für alle notwendigen administrativen Handlungen im Zusammenhang mit der Jugendfreizeit verwendet werden:  Ja  Nein

**Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben, die auf diesen Dokumenten gemacht wurden.**

Ort..... Datum..... Unterschrift .....

