

## **Einverständniserklärung Ferienfreizeit 2026**

Vor- & Nachname des Kindes:
Geburtstag:

Wir/ich erkläre/n uns/mich damit einverstanden, dass unser/mein Kind an der Ferienfreizeit der Grundschulen Katternberger Straße, Schützenstraße, Böckerhof und dem Ferien(s)pass Solingen vom 30.03. – 03.04.2026 (mit 4 Übernachtungen) teilnimmt.

Wir/ich erkläre/n uns/mich damit einverstanden, nach Eingang der Bestätigungsmail (spätestens bis zum 27.02.2026) den Betrag von 140€ nach Zahlungsaufforderung zu überweisen. Die Kontoverbindung wird Ihnen in der Zahlungsaufforderung nach Anmeldeschluss mitgeteilt.

Wir/ich nehme/n zur Kenntnis, dass im Falle einer Nicht-Teilnahme durch Krankheit / Fernbleiben des Kindes die Kosten für die Freizeit nicht, oder nur teilweise zurückerstattet werden können. (Im Einzelfall ist zu prüfen, inwiefern das Schullandheim sich kulant zeigt und Kosten erstattet. Kosten für die Busfahrt müssen in jedem Fall mitgetragen werden.)

Wir/ich nehme/n zur Kenntnis, dass unser/mein Kind bei groben Verstößen gegen die Betreuer\*innen, sowie bei Nichteinhalten der Absprachen auf unsere/meine Kosten nach Hause geschickt werden darf. (Wir werden in diesem Fall zuvor Kontakt mit Ihnen aufnehmen und uns vergewissern, dass ihr Kind in Empfang genommen wird.)

Wir/ich erkläre/n uns/mich damit einverstanden, dass unser/mein Kind ggf. auch im Privat-PKW von Betreuer/innen mitgenommen werden darf.

Mir/uns ist bekannt, dass eine etwaige Haftung des Trägers der Ferienaktion „Ferien(s)pass Solingen“ für gestohlenen oder anderweitig abhanden gekommenen Besitz der Veranstaltungsteilnehmer\*innen ausgeschlossen ist.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Ich bin einverstanden, dass während der Freizeit Fotos von meinem Kind gemacht werden.

Ja ☐ Nein ☐

Elterliche Sorge:

☐ Ich versichere, dass ich alleiniger Inhaber der elterlichen Sorge bin.

☐ Wir versichern, dass wir die Inhaber der elterlichen Sorge sind.

\_\_\_\_\_  
Datum & Ort

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

## Medikamentenvollmacht

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

### Gesundheit:

- Folgende Allergien sind uns/mir bei unserem/meinem Kind bekannt:

\_\_\_\_\_

- Unser/mein Kind nimmt regelmäßig folgende Medikamente:

\_\_\_\_\_

### Medikation:

Folgende Medikamente müssen dem oben genannten Kind zu den genannten Tages-/Uhrzeiten verabreicht werden:

	Medikament	Medikament	Medikament
morgens	Uhrzeit: Dosierung*:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
mittags	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
nachmittags	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Verabreichungszeitraum			
Anwendungshinweise**			

\* Bei Dosierung sind konkrete Angaben zu Art des Medikamentes (z.B. Tropfen, Tablette usw.) und die Menge zu vermerken.

\*\* Bei Anwendungshinweisen sind Angaben zur Einnahme (z.B. vor/während dem Essen, mit/ohne Milchprodukte ...) und zum lokalen Anwendungsbereich (z.B. Oral ...) zu vermerken.

### Einverständniserklärung zur Entfernung von Zecken:

Ich/wir sind damit einverstanden, dass das eingesetzte päd. Personal die Zecke sofort selbst entfernt. Für uns gilt: 1. Sofortige Entfernung der Zecke mit speziellem Werkzeug. 2. Markierung der Stelle 3. Dokumentation der Entfernung im Verbandbuch 4. Bei der Abholung des Kindes zeigen wir Ihnen wo die Zecke war und zeigen Ihnen den Stich.

Ja ☐ Nein ☐

### Einverständniserklärung der Eltern:

Ich/wir sind damit einverstanden, dass die o.g. Medikamente durch das zuvor eingewiesene Personal der Ferienfreizeit verabreicht werden kann.

Solingen, \_\_\_\_\_ 2025

\_\_\_\_\_  
(Unterschriften der/des Erziehungsberechtigten)

Stand: 09.01.2026