



Einverständniserklärung & Gesundheitsbogen zur Ministrantenromwallfahrt 2018

Teilnahmeerlaubnis:

Hiermit erlaube ich/erlauben wir unserer Tochter/ unserem Sohn

Vorname, Nachname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Geburtsdatum/ -ort _____ Nationalität _____

Telefonnummer _____ Mobilnummer _____

Email _____

Nummer des Personalausweises _____ gültig bis _____

an der Ministrantenromwallfahrt 2018 teilzunehmen.

Die Einzelheiten der Reise und der Module ergeben sich aus der Reisebeschreibung auf der Homepage www.mrw-trier.de. Arche Noah Reisen GmbH ist Reiseveranstalter im Sinne des Gesetzes.

Für die Gesamtorganisation der Reise verantwortlich sind: Benedikt Welter, Jan Lehmann, Nadine Göttel, Matthias Struth (Steuerungsteam der MRW des Bistums, Abteilung Jugend, Mustorstraße 2, 54290 Trier, domini@bistum-trier.de)

Das Beaufsichtigungsrecht gegenüber minderjährigen Kindern steht nach § 1631 BGB Personensorgeberechtigten zu. Für die Teilnahme an dieser Wallfahrt geht die Aufsichtspflicht vorübergehend auf die Gruppenleitung und Betreuungspersonen über. Da die Gruppenleitung und die Betreuungspersonen für die Dauer der Wallfahrt die Verantwortung für unser Kind übernehmen, hat dieses in dieser Zeit deren Anordnungen Folge zu leisten. Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre/n ich/wir uns damit einverstanden, dass die Gruppenleitung und die Betreuungspersonen von Haftungsansprüchen, die aus der Übertragung der Aufsichtspflicht abgeleitet werden, bei Nichtbefolgen der Anweisungen ausgeschlossen sind.

Bei Gruppen:

Die Gruppenleitung ist _____

Bei Einzelreisenden

Ich bin damit einverstanden, dass mein/e minderjährige/r Tochter/Sohn als Einzelreisende/r von der Projektleitung einer Gruppe zugeordnet wird.

Ich/Wir bevollmächtigen hiermit im Dringlichkeitsfall an Ort und Stelle hinzugezogenen Arzt im Notfall alle wichtigen Entscheidungen für die Gesundheit unseres Kindes zu treffen.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Betreuungspersonen, die Gruppenleitung und Projektleitung unaufschiebbaren ärztlichen Maßnahmen zustimmen darf, wenn ich/wir nicht zu

erreichen bin/sind.

Ich/Wir erkläre/n uns damit einverstanden, dass unsere Tochter/ unser Sohn nach mehrfachen, groben Verstößen gegen die Anordnung der Gruppenleitung und Betreuungspersonen vorzeitig und ohne Anspruch auf Entschädigung auf eigene Gefahr und auf Kosten der Personensorgeberechtigten nach Hause geschickt werden kann.

Ich/Wir gebe/n unser Einverständnis, dass sich unser Kind nach Absprache mit der Gruppenleitung und Betreuungspersonen ohne Aufsicht in kleinen Gruppen (mindestens 3 Jugendliche) in Rom bewegen darf.

Ich bin/ Wir sind während der Wallfahrt in dringenden Fällen unter folgender Adresse (auch im Urlaub) zu erreichen:

Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____ Mobilnummer: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Mein/Unser Kind hat in Rom ein Handy inklusive Ladegerät mit folgender

Nummer dabei: _____

Mein/Unser Kind ist Schwimmer Nichtschwimmer

Mein/Unser Kind hat folgende Beeinträchtigungen (z.B. Allergien, Asthma, Herzfehler, Epilepsie, Kreislaufschwächen, Medikamentenunverträglichkeit), die es an der Teilnahme der einen oder anderen Veranstaltung hindern würde, oder auf die die Gruppenverantwortlichen und Betreuungspersonen besonders achten müssen:

WICHTIG: Folgende Medikamente müssen (regelmäßig) eingenommen werden. Mein/Unser Kind wird die Medikamente in ausreichender Menge mit sich führen.

Mein/Unser Kind hat folgenden Unterstützungsbedarf:

Mein/Unser Kind ist bei folgender Krankenkasse versichert und hat ihre/seine Versicherungskarte in Rom dabei:

Eine zusätzliche Auslandskrankenversicherung ist bereits in den Leistungen der Wallfahrt im Modul 1 enthalten.

Mein/Unser Kind hat eine Kopie des Personal-/ Reisepasses und des Impfpasses in Rom dabei.

Ich/Wir versichern, dass unser Kind an keinen ansteckenden Krankheiten leidet (siehe Merkblatt Infektionsschutzgesetz: www.mrw-trier.de/download/34). Kurzfristige Veränderungen am Gesundheitszustand werden wir sofort (bei Gruppen der Gruppenleitung und bei Einzelreisenden der Projektleitung) mitteilen.

Eventuelle Kosten für eine Krankenbehandlung während der Romwallfahrt bitte/n ich/wir zu bezahlen. Die Auslagen werden von uns nach Vorlage der Rechnung erstattet.

Mein/e/Unser/e Sohn/Tochter darf an allen Gruppenveranstaltungen teilnehmen.

Ja

Nein, an folgenden Veranstaltungen nicht:

Ich/Wir berechtigen den Reiseanbieter der Romwallfahrt (Bistum Trier, Abteilung Jugend sowie Pfarrei/Dekanat/Pfarreiengemeinschaft.....) die während der Wallfahrt aufgenommenen Foto- und Filmaufnahmen von meinem/unserem Kind zeitlich und räumlich unbegrenzt für die Öffentlichkeitsarbeit zu nutzen. Ein Recht auf Veröffentlichung besteht nicht. Ein Honorar wird nicht gezahlt. Eine kommerzielle Nutzung ist ausgeschlossen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten