



Erlaubnis zur Zeckenentfernung

Hallo liebes Zeltlager Team,

ich/ wir erlaube(n) Euch/ Ihnen die Entfernung von Zecken bei meinem Kind / meinen Kindern

Kind 1: _____

Kind 2: _____

Kind 3: _____

während des Zeltlagers vom 09.08.2026 bis 15.08.2026 am Götzenbachstausee.

Die Zecken dürfen mit handelsüblichen Geräten entfernt werden. Wenn die Zecke nur teilweise entfernt werden konnte, erlaube ich Ihnen weiterhin auch zu einem Arzt zu fahren.

Wenn ich Ihnen diese Erlaubnis nicht gebe, ist mir/ uns bewusst, dass ich mein Kind vom Zeltlager abholen muss, um die Zecke selbst zu entfernen oder mein Kind zu einem Arzt zu bringen habe.

Erlaubnis zur Zeckenentfernung:

() **Ja**

() **Nein**

Ort, Datum

Unterschrift

Zeckenschutz / Impfung

Wir empfehlen eine Zeckenschutzimpfung (FSME). Bitte informieren Sie sich über eine Impfung. Wir werden die Kinder zur regelmäßigen Zeckenkontrolle auffordern, bzw. die Kontrolle bei den „Kleinsten“ durch ausgewählte Betreuer durchführen lassen. Aber absolute Sicherheit können wir natürlich nicht garantieren. Bitte geben Sie Ihrem Kind auch entsprechende Zeckensprays o.Ä. mit, falls die Anwendung gewünscht wird. Das Kind sollte die Anwendung selbstständig beherrschen und durchführen

Ist Ihr Kind gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) geimpft?

() Nein - Beachten Sie bitte den Haftungsausschluss!!!

() Ja, Wann? _____

Haftungsausschluss bei nicht bestehender Tetanus – Impfung

Sollte Ihr Kind zu Beginn des Zeltlagers nicht gegen Tetanus geimpft sein, bitten wir um zusätzliche Unterzeichnung dieses Abschnittes.

Die Teilnahme am Zeltlager erfolgt auf eigenes Risiko. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir, falls sich Ihr Kind leichte Verletzungen zuziehen sollte, die unter die 1. Hilfe fallen, nicht ins Krankenhaus fahren werden.

Wir übernehmen keine Haftung für Schäden bzw. Folgeschäden einer Nichttetanusimpfung.

Ich / Wir, als Personensorgeberechtigte(r) habe(n) diesen Haftungsausschluss zur Kenntnis genommen und bestätige(n) dies mit meiner (unserer) Unterschrift.

Ort, Datum, Unterschrift eines Personensorgeberechtigten

Angaben zu Sofortmaßnahmen am Freizeitort:

Verabreichung rezeptfreier, entsprechend dem Alter zugelassener Medikamente zur Linderung und Heilung von Krankheiten oder Unfällen z.B.: Mückenstiche, Übelkeit, Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Verstauchungen, Schürfwunden, kleine offene Wunden (Pflaster, Verband, etc...)

() Ja, ich bin damit einverstanden, dass rezeptfreie Arzneimittel verabreicht werden.

() Ja, ich bin damit einverstanden, wenn folgende Medikamente (z.B. wegen Unverträglichkeit) nicht verabreicht werden:

() Nein, ich bin nicht damit einverstanden

Ort, Datum

Unterschrift