



# »» Ferienpass Pfingstlager 2026 (22.05.-25.05.2026)

**Ferienpass Teil 1 Abgabe bis 26.04.2026**

Personalien und Adresse des Kindes	
VORNAME	
NACHNAME	
ADRESSE (STRAÙE NR, PLZ ORT)	
GEBURTSDATUM	
GRUPPENSTUFE	

Für den Notfall: Privatadresse und Erreichbarkeit der Erziehungsberechtigten	
VORNAME	
NACHNAME	
ADRESSE, FALLS ABWEICHEND	
HANDY	
TELEFON	
THREEMA-ID (FALLS VORHANDEN, AUCH VOM KIND)	

Notfall Ersatz-Erreichbarkeit (z.B. Großeltern)	
VORNAME	
NACHNAME	
ADRESSE (STRAÙE NR, PLZ ORT)	
HANDY	
TELEFON	

Aufsichtspflicht und Ähnliches:	
Unser Kind kann schwimmen. Schwimmabzeichen: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wir erlauben, dass unser Kind am Baden in einer geschlossenen Badeanstalt oder an einem durch Rettungsschwimmer beaufsichtigten See/Strand/Fluss teilnimmt. <b>*Bei Nein:</b> Darf ins Wasser bis zum <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Bauch aus dem Grund, dass:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein*
Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind tagsüber ohne Begleitung eines Betreuers, aber in Gruppen von mindestens drei Teilnehmenden, den Lagerplatz verlassen darf.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unser Kind darf während des Lagers im Privat-PKW und einem geliehenen Auto mitfahren.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei unserem Kind sind besondere Auffälligkeiten zu beachten: (Schlafwandeln, Bettnässen, AD(H)S, oder ähnliches). Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein

<b>Verpflegung:</b> Mitteilung an die Küche	
Unser Kind ist VegetarierIn.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unser Kind ist VeganerIn	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unser Kind isst <u>kein</u> Schweinefleisch	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unser Kind hat eine Nahrungsmittelunverträglichkeit (z.B. Laktose, Gluten, Nuss etc.) Wenn ja, welche? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, wie stark? 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5  1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5  1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 1 = leichtes Unwohlsein 5 = lebensbedrohlich
Bitte beschreiben, inwieweit die Unverträglichkeit geht. Sind z.B. Spuren von Nüssen noch ok?	

<b>Medizinische Fragen: Teil 1</b>	
Unser Kind zeigt ungewöhnliche Reaktionen auf Insektenstiche. Wenn ja, welche? _____ Stärke: leichtes Unwohlsein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lebensbedrohlich	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein
Unser Kind hat bestehende/akute/chronische Krankheiten, Allergien oder andere Besonderheiten (z.B. Asthma, Diabetes, Herzfehler, etc.). Wenn ja, welche? _____ Stärke: leichtes Unwohlsein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lebensbedrohlich _____ Stärke: leichtes Unwohlsein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lebensbedrohlich _____ Stärke: leichtes Unwohlsein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lebensbedrohlich	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein
Wir <u>verbieten</u> die Verabreichung von frei verkäuflichen und/oder homöopathischen Medikamenten und Salben lt. Packungsbeilage des Herstellers.	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein
Liegen Allergien gegen Salben, Desinfektionsspray oder Medikamente vor? Falls ja, welche? _____ Stärke: leichtes Unwohlsein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lebensbedrohlich _____ Stärke: leichtes Unwohlsein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lebensbedrohlich _____ Stärke: leichtes Unwohlsein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lebensbedrohlich	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Mitteilungen/Informationen: _____	

\*Bitte haltet Rücksprache mit Stufenleitern oder Lagerleitung, sobald ihr ein Ja mit Sternchen angekreuzt habt.

**Ich bin damit einverstanden, dass die Leiter Splitter und Zecken entfernen, Desinfektionsspray anwenden, sowie Pflaster und Verbände zur Erstversorgung anlegen dürfen.** Mir ist bewusst, dass mein Kind je nach Situation und Zusammensetzung der Gruppenmitglieder gemischtgeschlechtlich übernachtet und stimme diesem zu. Falls ich einem Punkt nicht zustimme, reiche ich schriftlich Widerspruch ein und übernehme die anfallenden Kosten für einen Arztbesuch bei Splitter, Zecken, Wunden etc.

Wir akzeptieren, dass unser Kind vorzeitig nach Hause geschickt werden kann, wenn ihr/sein Verhalten oder bewusste/verschwiegene Fehlinformation durch uns (Erziehungsberechtigten) den ordnungsgemäßen Ablauf des Lagers gefährdet. In diesem Fall sind alle anfallenden Kosten von uns (Erziehungsberechtigten) zu übernehmen. Mein Kind ist angewiesen worden, den Anordnungen der verantwortlichen Leiter Folge zu leisten. Haftung bei selbständigen Unternehmungen, die nicht von den Leitern angesetzt sind, übernehmen die Erziehungsberechtigten selbst.

Wir versichern, dass der Ferienpass Teil 1 gewissenhaft und vollständig ausgefüllt wurde.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschriften der/des Erziehungsberechtigten  
Seite 2/2 des Ferienpasses Teil 1

**Ferienpass Teil 2 Abgabe ERST BEI ABFAHRT zusammen mit dem Zip-Off Beutel**

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Gruppenstufe: \_\_\_\_\_

Hinweis: Haben sich Angaben aus Teil 1 geändert, so teilt uns dies bitte mit oder bringt es neu ausgefüllt mit.

<b>Krankenkasse des Kindes:</b>	
<b>GESETZLICH:</b> Unser Kind ist gesetzlich versichert. ( <b>Krankenkassenkarte liegt bei</b> )	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, s.u.
<b>FALLS PRIVAT:</b> NAME DER KRANKENKASSE	
NAME & GEBURTSDATUM DES VERSICHERUNGSNEHMERS	
VERSICHERUNGSNUMMER	

<b>Hausarzt des Kindes:</b>	
NAME DES HAUSARZTES	
ADRESSE DES HAUSARZTES	
TELEFONNUMMER DES HAUSARZTES	

<b>Medizinische Fragen: Teil 2</b>	
Unser Kind zeigt seit kurzem ungewöhnliche Reaktionen auf Insektenstiche und Medikamente. Wenn ja, welche? _____ Stärke: leichtes Unwohlsein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lebensbedrohlich	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein
Unser Kind wird für den Fall einer allergischen Reaktion ein Medikament dabeihaben. <b>Wenn ja, bitte vor der Abfahrt die jeweiligen Stufenleiter informieren.</b>	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein
Unser Kind benötigt zurzeit ein/mehrere Medikament/e. Wenn ja, welche? Eine Verabreichungserlaubnis haben wir beigelegt. Bezeichnung: _____ Einnahme: Morgens: _____ Mittags: _____ Abends: _____ Selbstständig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bezeichnung: _____ Einnahme: Morgens: _____ Mittags: _____ Abends: _____ Selbstständig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bezeichnung: _____ Einnahme: Morgens: _____ Mittags: _____ Abends: _____ Selbstständig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein
Unser Kind ist gegen FSME (Zecken) geimpft. Letztes Impfdatum: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unser Kind ist gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) geimpft. Letztes Impfdatum: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls bekannt: Blutgruppe: _____ Rhesusfaktor: _____	
Sonstige wichtige medizinische/andere Hinweise. Wenn ja, welche? _____ _____ _____	
<b>*Bitte spricht mit den Stufenleitern, was bei den medizinischen Fragen beachtet werden muss</b>	

Wir nehmen zur Kenntnis, dass ärztliche Maßnahmen wie lebensrettende Sofortmaßnahmen/operative Eingriffe und/oder Schutzimpfungen, vom hinzugezogenen Arzt, bei unserem Kind im Notfall vorgenommen werden dürfen.

Wir erklären, dass unser Kind nach unserem Wissen frei von ansteckenden Krankheiten ist. Sollte sich dies im Laufe des Lagers ändern, können wir sofort von der Lagerleitung kontaktiert werden und auf unsere Kosten unser Kind abholen.

Wir versichern, dass der **Ferienpass Teil 2 vollständig ausgefüllt** ist. Den **Impfausweis**(Kopie reicht) sowie die **Versicherungskarte** und den **Personalausweis oder Reisepass** gebe ich in einem **Zip-Off Beutel** bei Abfahrt den Stufenleitern.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschriften der/des Erziehungsberechtigten  
Seite 1/1 des Ferienpasses Teil 2