
Personalbogen

Zur Erholungsmaßnahme in **den Niederlanden** vom 18.08.-29.08.2026

(Bitte deutlich und vollständig ausfüllen, zutreffendes ankreuzen)

1. Angaben zum Kind

Name, Vorname

Adresse

Geburtsdatum

Geburtsort

Personalausweis-/Reisepass-Nummer

Krankenkasse

2. Angaben der Sorgeberechtigten

Sorgeberechtigte Person 1:

Name, Vorname

Adresse

Geburtsdatum

Geburtsort

Personalausweis-/Reisepass-Nummer

Handy

Festnetz

Sorgeberechtigte Person 2:

Name, Vorname

Adresse

Geburtsdatum

Geburtsort

Personalausweis-/Reisepass-Nummer

Handy

Festnetz

3. Notfallkontakte während der Erholungsmaßnahme

Notfallkontakt 1

Name, Vorname

Telefon

Notfallkontakt 2

Name, Vorname

Telefon

4. Fragen zur gesundheitlichen Versorgung

Mein/Unser Kind ist zuletzt am _____ gegen Tetanus geimpft worden
(falls ja, bitte genaues Datum angeben)

In der Schule oder Nachbarschaft traten in letzter Zeit folgende ansteckenden Krankheiten auf:

Mein/Unser Kind hat folgende Allergien:

Mein/Unser Kind muss regelmäßig folgende Medikamente nehmen/anwenden:
(Name und Anwendung des Medikaments)

-
-
-
-
- Mein/Unser Kind muss im Notfall folgende Notfallmedikamente nehmen/anwenden:
(Name, Anwendung und Notfall, in dem das Medikament angewendet werden muss)

-
-
-
-
- Eins oder mehrere der oben genannten Medikamente unterliegt dem Betäubungsmittelgesetz (in diesem Fall brauchen wir unbedingt eine vom Gesundheitsamt beglaubigte Bescheinigung des Arztes (maximal 30 Tage gültig))

Hiermit bewillige ich/bewilligen wir, dass das Leitungsteam der DPSG Altenbochum unserem Kind die oben aufgelisteten Medikamente verabreichen darf. Außerdem bewillige ich/bewilligen wir, dass mein/unser Kind erforderlichenfalls in ärztliche Behandlung bzw. in ein Krankenhaus gebracht wird. Für den absoluten Notfall bin ich/sind wir mit einem operativen Eingriff einverstanden.

Ort & Datum _____

Unterschrift Sorgeberechtigte Person 1

Unterschrift Sorgeberechtigte Person 2

5. Sonstiges

- Mein/Unser Kind ist Schwimmer*in (min. Bronze) Mein/Unser Kind ist Nichtschwimmer*in
- Mein/Unser Kind darf alleine schwimmen Mein/Unser Kind darf nur unter Aufsicht schwimmen
- Unser Kind ist Bettnässer*in
- Unser Kind ist reiseempfindlich

- Mein/Unser Kind hat folgende Essgewohnheiten:
(z.B. vegetarisch oder vegan)

- Sonstige Auffälligkeiten oder wichtige Anmerkungen:

- Mein/Unser Kind nimmt _____€ Taschengeld mit und ich/wir sind mit der Aufbewahrung des Geldes durch einen Leitenden einverstanden (höchstens 40€)

- Mein/Unser Kind darf sich in sich in Kleingruppen (min. 3 Personen) auch ohne Leitende von der Gruppe entfernen (z.B., um ins Dorf zu gehen oder auf dem Hike eine Unterkunft zu finden). Außerdem darf mein/unser Kind, falls es Teil der Pfadi oder Rover Stufe ist, im Rahmen einer Wanderung, tagsüber auch über mehrere Stunden selbstständig in Kleingruppen unterwegs sein.

- Ich erkläre mich/Wir erklären uns damit einverstanden, dass Fotos und Videos von meinem/unseren Kind gemacht und diese beim anschließenden Fotoabend gezeigt werden dürfen. Außerdem bin ich/sind wir mit der Veröffentlichung von einzelnen Bildern in sozialen Medien (*Website, Instagram, etc.*) einverstanden.

Ich erkläre mich/Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Leitenden kleinere Wunden (z.B. *Kratzer, kleine Schürfwunden oder kleine Schnitte*) an meinem/unserem Kind eigenständig versorgen. Außerdem erlauben wir die Entfernung von Zecken und Splittern durch die Leitenden.

Für den Fall, dass mein/unser Kind aufgrund von schwerwiegender Verfehlung von der weiteren Teilnahme an der Maßnahme ausgeschlossen und nach Haus geschickt werden muss, hole ich/holen wir mein/unser Kind ab und ich trage/wir tragen alle anfallenden Kosten für den Rücktransport.

Hiermit erkläre ich mein/wir unser Einverständnis zur Teilnahme meines/unseres Kindes an der Erholungsmaßnahme in den Niederlanden vom 18.08.-29.08.2026.

Die oben aufgeführten Vertragsbedingungen erkenne ich/erkennen wir durch meine Unterschrift/unsere Unterschriften ausdrücklich an. Außerdem versichere ich/versichern wir alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort & Datum _____

Unterschrift Sorgeberechtigte Person 1

Unterschrift Sorgeberechtigte Person 2