

### Einverständniserklärung für die Reise von Minderjährigen

Personalien der personensorgeberechtigten Person(en)	
1. Sorgeberechtigte Person Vor- und Zuname	_____
Zutreffendes bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> gesetzl. Vormund
2. Sorgeberechtigte Person Vor- und Zuname	_____
Zutreffendes bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> gesetzl. Vormund
Personalausweis/Reisepass Nr. der Personensorgeberechtigten Gültigkeit <i>(Kopie(n) liegt/liegen bei)</i>	_____ _____ _____
Kontaktdaten für Notfälle (Adresse, Tel.-Nr.)	_____ _____
Personalien der/des/* minderjährigen Reisenden	
Vor- und Zuname	_____
Geschlecht	_____
Geburtsdatum/Geburtsort	_____
Personalausweis/Reisepass Nr. Datum und Ort der Ausstellung Gültigkeit	_____ _____ _____
Anlass der Reise (Titel, Ort und Datum der Veranstaltung)	
_____ _____	

Verkehrsmittel und Daten der Hin- und Rückreise	
<i>Achtung: Fluggesellschaften haben besondere Beförderungsbedingungen mit kostenpflichtigem Betreuungsservice.</i>	Zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Bahn <input type="checkbox"/> Flugzeug*
Hinreise	Abreiseort: _____ Abreisedatum _____ Ankunftsort _____ Ankunftsdatum / -zeit _____
Rückreise	Abreiseort _____ Abreisedatum: _____ Ankunftsort: _____ Ankunftsdatum / Zeit _____
Begleitung während der Reise	
Personalien der volljährigen Begleitperson	
Vor- und Zuname	_____
Geb.-Datum/Geb.-Ort	_____
Personalausweises/Reisepass Nr. Gültigkeit	_____ _____
Die Begleitperson übernimmt während der Reise und des Aufenthalts die Beaufsichtigung der hier benannten minderjährigen Person.	<input type="checkbox"/> Ja, ich / wir stimmen zu. <input type="checkbox"/> Nein, ich / wir stimmen nicht zu.
<b>Der/die Minderjährige</b> reist mit meiner/unserer Zustimmung <b>ohne Begleitung</b> (nur als Ausnahme für Kinder ab 14 Jahren möglich).	<input type="checkbox"/> Ja <i>Bitte ankreuzen, falls zutreffend.</i>

**Weitere wichtige Informationen: Gesundheit**

Mein Sohn / meine Tochter / der/die/\* Minderjährige weist folgenden Allergien auf:

---

Mein Sohn / meine Tochter / der/die/\* Minderjährige muss folgende Medikamente regelmäßig einnehmen:

---

*Bitte Zutreffendes ankreuzen:*

Mein Kind / der/die Minderjährige nimmt die Medikamente selbständig ein:

Die Begleitperson soll bei der Einnahme behilflich sein:

Ich/Wir stimmen zu, dass im Krankheitsfall der/die behandelnde Arzt/Ärztin Information an die Begleitperson und/oder der/dem KoordinatorIn gibt:

Mein Kind/der/die Minderjährige benötigt einen barrierefreien Zugang:

Mein Kind / der/die Minderjährige ist bei der folgenden Krankenversicherung versichert:

---

In einem lebensbedrohlichen Zustand meines/unseres Kindes / der sorgeberechtigten Person, dürfen mit ausdrücklicher Empfehlung des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärztin lebensrettende Maßnahmen durchgeführt werden:

Ja, ich/wir stimmen zu.

**Jugendschutzgesetz**

Die Vorgaben des Jugendschutzgesetzes sind einzuhalten. Darüber hinaus ist für Minderjährige der Konsum von alkoholischen Getränken und Tabak während des Aufenthaltes nicht erlaubt. Bei Zuwiderhandlung kann der/die Minderjährige von der Veranstaltung ausgeschlossen werden.

Ich / wir nehmen es zur Kenntnis.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben.**

**1. Sorgeberechtigte Person**

Vor- und Zuname

---

Ort und Datum

---

Unterschrift

---

**2. Sorgeberechtigte Person**

Vor- und Zuname

---

Ort und Datum

---

Unterschrift

---