



## MINISTRANTENWALLFAHRT NACH ROM 29. Juli bis 3. August 2024



Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Pfarrei: .....

1. Die Aufsichtspflicht gegenüber minderjährigen Kindern steht den Eltern/den Personensorgeberechtigten zu. Für die Zeit der Dauer der Teilnahme an der Internationalen Ministrantenwallfahrt geht die Aufsichtspflicht vorübergehend auf die verantwortlichen Pfarrbegleiter/innen über.

Mir/Uns ist bewusst, dass die Pfarrbegleiter/innen für die Dauer der Wallfahrt die Verantwortung für mein/unser Kind übernehmen und sich mein/unser Kind in dieser Zeit an vereinbarte Regeln zu halten und den Anordnungen der Pfarrbegleiter/innen Folge zu leisten hat.

Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre ich mich/wir uns damit einverstanden, dass die Pfarrbegleiter/innen von Haftungsansprüchen, die aus der Übertragung der Aufsichtspflicht abgeleitet werden können, bei Nichtbefolgen der Regeln und Anweisungen, ausgeschlossen sind.

2. Die Personensorgeberechtigten erklären sich hiermit bei Krankheit oder Unfällen mit einer ärztlichen Behandlung ihrer minderjährigen Kinder einverstanden, sofern die vorherige Zustimmung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann. In Notfällen gilt dieses Einverständnis auch für chirurgische Eingriffe, sofern diese nach dem Urteil des Arztes für unbedingt notwendig erachtet werden.
3. Im Falle von übertragbaren Krankheiten gemäß dem Infektionsschutzgesetz ist eine Teilnahme an der Wallfahrt nicht erlaubt.
4. Mir/Uns ist bekannt, dass diese Informationen an alle begleitenden Pfarrbegleiter/innen weitergegeben werden.
5. Mir/Uns ist bekannt, dass während der Fahrt das deutsche und gleichzeitig das strengere italienische Jugendschutzgesetz gelten. Das bedeutet konkret, dass Alkoholkonsum unter 18 Jahren und in der Öffentlichkeit verboten ist und die Weitergabe von Alkohol an Minderjährige strafrechtlich verfolgt wird.
6. Ich/Wir erklären uns damit einverstanden, dass unsere Tochter/unser Sohn nach mehrfachen, groben Verstößen gegen die Regeln und Anordnungen der Pfarrbegleiter/innen vorzeitig und ohne Anspruch auf Entschädigung auf eigene Gefahr und auf Kosten der Erziehungsberechtigten nach Hause geschickt werden kann.
7. Ich/Wir geben unser Einverständnis, dass sich unsere Tochter/unser Sohn nach Absprache mit den Pfarrbegleitern/innen ohne Aufsicht in kleinen Gruppen (mindestens 3 Jugendliche) in Rom bewegen darf.

Ja

Nein



8. Ich bin/Wir sind während der Wallfahrt, folgend auch im Urlaub, zu erreichen unter:

Name, Vorname: .....

Telefon: ..... Handy: .....

9. Der/Die Teilnehmer/in kann

sehr gut  gut  NICHT schwimmen.

Der/Die Teilnehmer/in darf auf eigene Gefahr im Meer schwimmen:

Ja  Nein

10. Der/Die Teilnehmer/in ist in einer gesunden körperlichen und psychischen Verfassung und kann und darf grundsätzlich an Freizeitaktivitäten wie Wandern, Sport, langen Busfahrten, Geländespielen, Großveranstaltungen mit tausenden Teilnehmern, etc. uneingeschränkt teilnehmen.

Ja  Nein

11. Wichtige Angaben:

Besteht/en bei dem/der Teilnehmer/in	Ja	Nein
Herzbeschwerden, bekannte Herzfehler, Herzkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruckanomalien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, Bronchitis oder ähnliche Beschwerden der Atemwege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes oder andere Stoffwechselerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindelzustände, Ohnmachtsanfälle, Migräne, häufige Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien (auch Lebensmittel- und/oder Medikamentenallergie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie ein Kreuz in einem oder mehreren der grau hinterlegten Felder gemacht haben, erläutern Sie dies bitte exakt auf einem extra Blatt, inklusive notwendiger Medikamente und Dosierung! Besprechen Sie es im Vorfeld mit den Pfarreibegleitern/innen!



12. Bei Abwesenheit der Eltern soll im Notfall benachrichtigt werden:

Name, Vorname: .....

Telefonnummer: ..... Bezug zum Kind: .....

13. Unsere Tochter/unsere Sohn ist bei folgender Krankenversicherung versichert:

.....

Ich/Wir erkläre/n die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Falls sich nach dem Ausfüllen Änderungen ergeben, teile ich/teilen wir dies der verantwortlichen Pfarrbegleiter/innen unverzüglich schriftlich mit.

**Ich/Wir geben meinem/unsere Kind die Reisedokumente und die Krankenversichertenkarte mit.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift aller Personensorgeberechtigten