

1. Teilnehmende Person

| | |
|-------------------|-------------------------------|
| Vor- und Nachname | |
| Straße | Hausnummer |
| PLZ | Ort |
| Geburtsdatum | Alter zu Beginn des Festivals |



30. April bis 3. Mai 2026 in Baunatal (bei Kassel)
www.ec.de/festival

| |
|-----------------------|
| (Mobil-)Telefonnummer |
|-----------------------|

2. Kontaktdaten Eltern/Sorgeberechtigte:

| |
|---|
| Vollständiger Name |
| Adresse (falls abweichend von der TN-Adresse) |
| Name der Krankenversicherung der/des Jugendlichen <input type="radio"/> gesetzlich <input type="radio"/> privat |

| |
|------------------------------------|
| (Mobil-)Telefonnummer für Notfälle |
|------------------------------------|

| |
|----------------|
| E-Mail-Adresse |
|----------------|

| |
|--|
| Versicherungsnummer der/des Jugendlichen |
|--|

3. Teilnahme an Schwimmaktivitäten

| |
|---|
| Mein Kind darf an Schwimmaktivitäten teilnehmen: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja |
| Mein Kind kann sicher schwimmen: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (mind. Freischwimmer/Bronze) |

4. Gesundheitliche Hinweise / Allergien / Medikamente

| |
|--|
| |
|--|

| |
|---|
| Ich stimme zu, dass meinem Kind bei Bedarf (z. B. Kopf- oder Halsschmerzen, Wunden, Sonnenbrand, Insektenstichen ...) von den Mitarbeitenden rezeptfreie Medikamente oder Salben verabreicht werden. Bei größeren Beschwerden suchen die Mitarbeitenden mit meinem Kind eine Ärztin/ein Arzt auf und geben mir Bescheid. <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> NEIN, ich stimme <i>nicht</i> zu, dass meinem Kind von den Mitarbeitenden rezeptfreie Medikamente oder Salben verabreicht werden. Es soll bei Bedarf in jedem Fall und bei jeder Verletzung eine Ärztin/ein Arzt aufgesucht werden. |
|---|

| |
|--|
| Ich stimme zu, dass eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter eine Zecke bei meinem Kind entfernen darf. <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> NEIN, die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter soll im Falle eines Zeckenbisses mit meinem Kind zu einer Ärztin/einem Arzt gehen. |
|--|

5. Übertragung der Aufsichtspflicht:

| |
|-------------------------------|
| Name des/der Aufsichtsperson: |
|-------------------------------|

| |
|-----------------------|
| (Mobil-)Telefonnummer |
|-----------------------|

Die Aufsichtspflicht richtet sich nach Alter und Reifegrad der minderjährigen Teilnehmenden.

13-Jährige benötigen eine engmaschigere Betreuung, häufigere Kontrollmomente und klare Begleitung zu wichtigen Orten (z. B. Sanitärbereiche, Programmorte). Kurze unbeaufsichtigte Zeiträume sind möglich.

Jugendliche ab 14 Jahren erhalten altersgemäß mehr Eigenverantwortung. Sie dürfen einzelne Wege selbstständig zurücklegen, müssen sich jedoch an vereinbarte Zeiten, Treffpunkte und Regeln halten. Die Gruppenleitung führt stichprobenartige Kontrollen durch. Die Aufsichtspflicht bleibt dennoch bestehen und wird nicht durch die erhöhte Selbstständigkeit aufgehoben.

6. Einwilligung

Ich verpflichte mich, mich an die Regeln der Veranstaltung und die Anweisungen der Aufsichtsperson zu halten.

Ich stimme der Teilnahme und der Übertragung der Aufsichtspflicht an die verantwortliche Aufsichtsperson zu.

Ich verpflichte mich, die mir übertragene Aufsichtspflicht gewissenhaft wahrzunehmen.

| |
|-------|
| Datum |
|-------|

| |
|-----------------------------------|
| Unterschrift der/des Jugendlichen |
| X |

| |
|--|
| Unterschrift des/der Sorgeberechtigten |
| X |

| |
|------------------------------|
| Unterschrift Aufsichtsperson |
| X |

