**Einverständniserklärung**

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, an der Vereinsfahrt ins Emsland vom 03.05. - 05.05.19 teilnimmt.

Ich/Wir verpflichte mich/uns die Kosten in Höhe von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € für diese Vereinsaktivität zu übernehmen und entstehende Ausfallkosten bei Nichtteilnahme des Kindes zu tragen, sofern diese Kosten nicht durch eine etwaige Versicherung gedeckt sind.

Der Betrag wird bei Abgabe dieser Erklärung bezahlt.

Belehrung:  **Diese Erklärung ist eine verbindliche Zusage!** Sollte Ihr Kind trotz erbrachter Einverständniserklärung an der Fahrt nicht teilnehmen, entstehen für Sie Kosten.

Hiermit gestatte(n) ich/wir meiner/unserer Tochter (Sohn) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. an sportlichen Veranstaltungen teilzunehmen, insbesondere an reitsportlichen Aktivitäten 2. sich nach festgelegter Freizeitabsprache in der Nähe der Unterkunft selbständig zu bewegen 3. sich bei Ausflügen außerhalb des Ponyhofes in einer Gruppe (min. 3 Pers.) selbständig zu bewegen

**Ich/wir nehme(n) zur Kenntnis, dass mein/unser Kind auf eigene Gefahr reitet.**

In Notfällen erteile(n) ich/wir der begleitenden Betreuerin Frau Kannert die Vollmacht, die Zustimmung zu medizinisch notwendigen Operationen zu geben.

Desweiteren nehme(n) ich/wir zur Kenntnis dass mein/unser Kind bei grobem Fehlverhalten (schwerwiegende Verstöße gegen die Hausordnung, den Gemeinschaftsgeist oder verbindliche Absprachen) nach Rücksprache auf Ihre Kosten vorzeitig nach Hause geschickt werden kann.

Außerdem bitten wir folgende Punkte auszufüllen:

1. Ist Ihr Kind gesund? \_\_\_\_\_ Bei Nein: Auf welche Krankheiten / Allergien muss geachtet werden?

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Welche Medikamente muss das Kind einnehmen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Datum der letzten Tetanusimpfung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Krankenkasse mit Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Ihre Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Tel.-Nr. für Notfälle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ort / Datum** **Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten**