

Jugendfahrt zum Reiterhof Rohe, Lathen im Mai 2025

des Velberter RFV und des RV Deilmannhof

Anmeldebogen/Einverständniserklärung



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

geb. am _____, an der Vereinsfahrt ins Emsland vom 16.05. – 18.05.2025 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.

Hiermit **gestatte(n)** **ich/wir** meiner/unserer Tochter / meinem/unserem 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 den begleitenden Betreuerinnen die Vollmacht, die Zustimmung zu medizinisch notwendigen Operationen zu geben.

Des Weiteren 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 bin ich damit einverstanden, dass im Rahmen der zum Reiterhof Rohe **Foto- und Videoaufnahmen** von meinem Kind erstellt werden und diese zu Werbezwecken für den Verein veröffentlicht werden dürfen. Falls Sie nicht einverstanden sein sollten, teilen Sie dies bitte bei der Anmeldung mit.

Zuletzt bitten wir Sie 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. Muss bei Ihrem Kind beim Essen etwas beachtet werden (Vegetarier/Veganer, Allergie/ Lebensmittel-unverträglichkeit, ...)? _____

4. Datum der letzten Tetanusimpfung: _____

5. Krankenkasse mit Mitgliedsnummer: _____

6. Ihre Anschrift: _____

7. Tel.-Nr. für Notfälle: _____

Ort / Datum

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten