



Bund der Deutschen
Katholischen Jugend
Dekanat Darmstadt

BDKJ Darmstadt · Donnersberggring 38a · 64295 Darmstadt



BDKJ Darmstadt

Donnersberggring 38a
64295 Darmstadt

fon 0 61 51 - 31 73 32
fax 0 61 51 - 36 74 34

datterino@bdkj-darmstadt.de
www.zirkus-datterino.de

07.07.2021

Elternbestätigung Covid-19

Hiermit bestätige ich, dass

mein Kind _____ (Vorname und Nachname)

Zu Beginn der Zirkuswoche seit 14 Tagen keinen Kontakt zu Covid-19 Patienten hatte und auch keinerlei Symptome aufzeigt.

Datum

Unterschrift des*r Erziehungsberechtigten

Elternbestätigung Hygienekonzept

Hiermit bestätige ich, dass ich die mir zugeschickte aktuelle Version des Hygienekonzeptes 2021 für Ferienspiele mit Übernachtung gründlich und aufmerksam gelesen sowie zur Kenntnis genommen habe.

Datum

Unterschrift des*r Erziehungsberechtigten

katholisch.

politisch.

aktiv.



Bund der Deutschen
Katholischen Jugend
Dekanat Darmstadt

BDKJ Darmstadt · Donnersberggring 38a · 64295 Darmstadt



BDKJ Darmstadt

Donnersberggring 38a
64295 Darmstadt

fon 0 61 51 - 31 73 32
fax 0 61 51 - 36 74 34

datterino@bdkj-darmstadt.de
www.zirkus-datterino.de

07.07.2021

Elternbestätigung Zirkus-Präsentation

Hiermit melde ich folgende zwei Personen für die Präsentation der Zirkuswoche an. Diese Personen werden von uns als Gruppe ohne Abstand platziert..

Name, Vorname, Adresse, Telefon:

1. _____

2. _____

_____ Datum

_____ Unterschrift des*r Erziehungsberechtigten

katholisch.

politisch.

aktiv.

BDKJ Darmstadt · Donnersberggring 38a · 64295 Darmstadt



BDKJ Darmstadt

Donnersberggring 38a
64295 Darmstadt

fon 0 61 51 - 31 73 32
fax 0 61 51 - 36 74 34

datterino@bdkj-darmstadt.de
www.zirkus-datterino.de

07.07.2021

Elternbestätigung Gesundheitszustand

Hiermit bestätige ich, dass

mein Kind _____ (Vorname und Nachname)

- zu Beginn der Zirkuswoche frei von Kopfläusen und Nissen ist!

Ja Nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Bei nein, nehmen Sie bitte umgehend Kontakt mit uns auf!

- in den letzten 14 Tagen keiner Kopflausbehandlung unterzogen wurde!

Ja Nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Bei nein, nehmen Sie bitte umgehend Kontakt mit uns auf!

- in den letzten 14 Tagen vor der Zirkuswoche keine ansteckende(n) Krankheit(en) hatte!

Ja Nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Bei nein, nehmen Sie bitte umgehend Kontakt mit uns auf!

§ 1 Teilnahme am Zirkus im aufgetreten Krankheitsfall / Lausbefall

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Teilnahme meines Kindes, sofern ansteckende Krankheiten oder Lausbefall bis zu 14 Tage vor Beginn der Zirkuswoche aufgetreten sind, nur nach Rücksprache mit der verantwortlichen Wochenleitung möglich ist.

§ 2 Ausschluss während der Freizeit

Kinder, bei denen wir während der Zirkuswoche ansteckende Krankheiten bzw. Kopfläuse feststellen, können nicht weiter an der Zirkuswoche teilnehmen und werden unverzüglich ihren Eltern / Erziehungsberechtigten übergeben.

§ 3 Regressforderung

Mir ist bewusst, dass falsch gemachte Angaben, die zu einem Ausfall der Zirkusvorstellungen führen, eine Regressforderung des BDKJ Darmstadt in Höhe von 4.000 – 5.000 € nach sich ziehen können.

_____ Datum

_____ Unterschrift des*r Erziehungsberechtigten

Einverständniserklärung für die Behandlung im Rahmen der Ersten Hilfe

Förderverein des BDKJ im Dekanat Darmstadt e.V.

Liga Bank eG · IBAN DE59 7509 0300 0000 0673 50 · BIC GENODEF1M05

katholisch.

politisch.

aktiv.

www.bdkj-darmstadt.de

BDKJ Darmstadt · Donnersbergring 38a · 64295 Darmstadt



BDKJ Darmstadt

Donnersbergring 38a
64295 Darmstadtfon 0 61 51 - 31 73 32
fax 0 61 51 - 36 74 34datterino@bdkj-darmstadt.de
www.zirkus-datterino.de

07.07.2021

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis dafür, dass

mein Kind _____ (Vorname und Nachname)

im Rahmen der Ersten Hilfe eine Versorgung durch das in Erste Hilfe geschulte Betreuer*innenteam des Zirkus Datterino erhalten darf.

Dabei handelt es sich um Zeckenentfernung, Auftragen von Salben bei Mückenstichen, Prellungen o.ä.

Das Betreuer*innenteam wird nach den Gesichtspunkten der Erste-Hilfe-Ausbildung dann selbstständig entscheiden, ob eine weitere Vorstellung zur ärztlichen Untersuchung notwendig ist.

Datum_____
Unterschrift des*r Erziehungsberechtigten**Hiermit verweigere ich mein Einverständnis dafür, dass**

mein Kind _____ (Vorname und Nachname)

im Rahmen der Ersten Hilfe eine Versorgung durch das in Erste Hilfe geschulte Betreuer*innenteam des Zirkus Datterino erhalten darf.

Mein Kind wartet daher nach Benachrichtigung durch das Betreuer*innenteam auf meine Ankunft, um nach meinem Ermessen in den o.g. Fällen behandelt zu werden.

Datum_____
Unterschrift des*r Erziehungsberechtigten

katholisch.

politisch.

aktiv.