



MinistrantInnenwallfahrt nach Rom vom 01. bis 7. August 2010

**ERKLÄRUNG DES/DER TEILNEHMERIN**

(Bitte bei verantwortlicher Begleitperson abgeben)

Name: ..... Vorname: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

Telefonnummer unter der während der Wallfahrt ein Angehöriger zu erreichen ist:

Name: ..... Telefon: .....

**Versicherungen:**

Name der Krankenversicherung: .....

Versichertenkarte EU-gültig bzw. Auslandskrankenschein vorhanden     Ja     Nein

Private Reisekrankenversicherung     Ja     Nein

Private Haftpflichtversicherung     Ja     Nein

Private Unfallversicherung     Ja     Nein

**Gesundheit:**

Ich benötige folgende Medikamente: .....

..... Wie oft? .....

Ich habe folgende Allergien: .....

Noch wichtig: .....

**Baden:**

Ich bin     Schwimmer/in     Nichtschwimmer/in

Ich darf im Meer ohne Aufsicht baden     Ja     Nein

Ich darf im Meer nur mit Aufsicht baden     Ja     Nein

Ich darf im Schwimmbecken ohne Aufsicht baden     Ja     Nein

Ich darf im Schwimmbecken nur mit Aufsicht baden     Ja     Nein

**Sonstiges:**

Ich darf mich in Rom ohne Aufsicht in Kleingruppen (3-4 Personen) bewegen     Ja     Nein

**Bitte folgendes beachten:**

1. In den Bussen herrscht RAUCHVERBOT und ALKOHOLVERBOT!
2. In den Hotels ist die Hausordnung zu beachten. Bezüglich Rauchen und Alkoholgenuss gilt das Deutsche Jugendschutzgesetz.
3. Mir ist bekannt, dass der/die TeilnehmerIn bei groben Verstößen von der Leitung auf eigene Kosten nach Hause geschickt werden kann.
4. Ich bin einverstanden, dass diese Erklärung an die Pfarreverantwortlichen weitergegeben wird.

Datum: .....

.....  
 Unterschrift des/der Teilnehmer/-in

.....  
 Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten bei Jugendlichen unter 18 Jahren