

Anmeldung zum Katholikentag vom 13. bis 17.05.2026

unter 18 Jahren

Daten des / der Teilnehmenden

Vorname:

Name:

Adresse

Geburtsdatum

Telefonnummer (mobil)

E-Mail

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Gruppenfahrt zum Katholikentag nach Würzburg

Angaben zur Fahrt

Veranstaltung:	Gruppenfahrt zum 104. Katholikentag in Würzburg
Zeitraum:	Mittwoch, 13. Mai 2026 – Sonntag, 17. Mai 2026
Transportmittel:	Deutsche Bahn
Organisation:	go4peace
Verantwortliche Begleitpersonen:	Paulina Garczorcz, Emilia Sokol, Artemida Golemi, Jana Rögele

Personaldaten des Teilnehmers / der Teilnehmerin

Vor- und Nachname
Geburtsdatum
Straße und Haus Nr.
PLZ, Wohnort

Personaldaten der Erziehungsberechtigten

Vor- und Nachname Erziehungsberechtigte*r
Geburtsdatum Erziehungsberechtigte*r
Straße und Haus Nr.
PLZ, Wohnort
Telefonnummern für den Notfall (bitte auch angeben, wenn schon bekannt)

Erklärung zur Teilnahme und Aufsichtspflicht

Hiermit erteile ich / erteilen wir die Erlaubnis zur Teilnahme meines / unseres Kindes an der oben genannten Gruppenfahrt.

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass die genannten verantwortlichen Begleitpersonen die Aufsichtspflicht während der gesamten Dauer der Fahrt wahrnehmen und im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht die notwendigen Entscheidungen treffen dürfen. Den Anweisungen der Begleitpersonen ist Folge zu leisten.

Ich erlaube / Wir erlauben meinem / unserem Kind, sich in Würzburg in Kleingruppen von mindestens drei Personen zeitweise ohne direkte Aufsicht der Begleitpersonen selbstständig zu bewegen (z. B. beim Besuch von Veranstaltungen des Katholikentags oder in der Freizeit). Die Begleitpersonen legen hierfür jeweils Zeiträume und Treffpunkte fest.

Gesundheits- und Notfallinformationen

Ich erkläre / Wir erklären uns damit einverstanden, dass unser Kind im Notfall durch die Begleitpersonen in ärztliche Behandlung gegeben werden darf, falls wir nicht rechtzeitig erreichbar sind. Die anfallenden Kosten werden von uns übernommen.

Ärzte

Name des Hausarztes	Telefonnummer des Hausarztes
Straße und Haus-Nr. des Hausarztes	PLZ, Ort des Hausarztes
Name der Krankenkasse	Versicherte Person
Versichertennummer	Telefonnummer der Krankenkasse

Krankheiten

Folgende Krankheiten sind bekannt	
Folgende Anfälligkeiten sind bekannt (Allergien, Lebensmittelunverträglichkeiten, ...)	
Weitere Einschränkungen (z.B. Bettnässer, panische Ängste)	
Folgende Krankheiten hatte mein Kind <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Masern	Schutzimpfungen wurden zuletzt vorgenommen am: <input type="checkbox"/> Tetanus am: _____ <input type="checkbox"/> Masern am: _____



<input type="checkbox"/> Corona	<input type="checkbox"/> Corona am: _____ Nr.: _____																				
<p>In Notfällen dürfen die verantwortlichen Leiter über medizinische Notfälle entscheiden (z.B. Bei OPs). Wir versuchen selbstverständlich immer Kontakt zu euch aufzunehmen und treffen die Entscheidung nach Rücksprache mit dem verantwortlichen Arzt.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>																					
<p><i>Medikamente</i></p> <p>Mein Kind nimmt folgende Medikamente regelmäßig ein. Ich bestätige, dass die angegebene Dosis vom behandelnden Arzt verordnet wurde. Ich bestätige, dass die Medikamente in der unten genannten Dosis während der Fahrt von einem Leiter verabreicht werden dürfen. Die Medikamente gebe ich bei der Abreise in der benötigten Menge bei einem Leiter ab.</p>																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><th style="width: 50%;">Medikament</th><th style="width: 10%;">Morgens</th><th style="width: 10%;">Mittags</th><th style="width: 10%;">Abends</th><th style="width: 10%;">Nachts</th></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts																
Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts																	
<p>Mein Kind nimmt folgende Medikamente bei Bedarf (Medikament mit Dosis)</p> <p>Mein Kind darf von einem Leiter folgende Medikamente bei Bedarf verabreicht bekommen:</p> <p><input type="checkbox"/> OCTANISEPT Wund-Desinfektion (PZN: 04830483)</p> <p><input type="checkbox"/> Fenistil Gel (PZN: 12550409)</p>																					

Rechtliche Fragen

<p>Bei meinem Kind dürfen Splittern, Dornen oder Zecken durch die Leiter mit geeigneten Hilfsmitteln entfernt werden.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Weitere Wichtige Hinweise</p>

Ernährung

<p>Mein Kind ernährt sich folgendermaßen:</p> <p><input type="checkbox"/> Vollkost <input type="checkbox"/> Vegetarisch <input type="checkbox"/> Vegan</p>
--

Verhaltensregeln und Kostenübernahme bei Verstoß

Mir / Uns ist bekannt, dass der Konsum von alkoholischen Getränken und Drogen während der Fahrt untersagt sind.

Ich verpflichte mich / Wir verpflichten uns, mein / unser Kind bei schwerwiegenden Verstößen gegen die Anordnungen der Begleitpersonen oder die Regeln der Gemeinschaft auf eigene Kosten vorzeitig von der Fahrt abzuholen.

Foto-/Videoaufnahmen

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass während der Fahrt entstandene Fotos/Videos meines/unseres Kindes für die interne Dokumentation und die Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Homepage von go4peace etc.) verwendet werden dürfen.

Bestätigung der Angaben

Die von mir / uns gemachten Angaben sind vollständig und wahrheitsgemäß. Ich habe / Wir haben alle Ausführungen gelesen und stimmen diesen zu.

Ort, Datum

Unterschrift des / der Teilnehmenden

Unterschrift eines / einer Erziehungsberechtigten