

Verein zur Förderung diabetischer Kinder und Jugendlicher e.V. Leipzig

**Antrag auf Teilnahme an der Ferienfreizeit (FFZ) 2025 im KIEZ Frauensee vom
29.06.2025 bis 05.07.2025.**

Bitte senden Sie diesen Antrag (und die Fotoerlaubnis, wenn Sie nicht bereits Mitglied sind) vollständig ausgefüllt und unterschrieben **bis spätestens 15.04.2025** zurück an:

Diabetes Kids Leipzig
Tina Gesell
Altenburger Straße 8
04275 Leipzig

Name, Vorname (Kind)

Name, Vorname (Erziehungsberechtigter).....

Geburtsdatum (Kind).....

Anschrift

Tel.-Nr. während FFZ

E-Mail während der FFZ

Schwimmer ja / nein

Badeerlaubnis erteilt ja / nein

Vereinsmitglied (Diabetes Kids Leipzig) ja / nein

Die Teilnahme an der FFZ ist nur bei entrichtetem Jahres- und Teilnahmebeitrag möglich.

Die Vergabe der freien Plätze richtet sich nach der fristgerechten und vollständigen Abgabe der Teilnahmeanträge, der medizinischen Indikation sowie der alters- und geschlechts-spezifischen Gruppierung der Kinder.

Es besteht kein Rechtsanspruch auf eine Teilnahme an der FFZ sowie an der Durchführung der geplanten Aktionen während der FFZ. Dieser Vertrag wird erst nach dem Zusenden der Teilnahmebestätigung verbindlich.

Den **Teilnahmebeitrag in Höhe von 210,00 EUR (Vereinsmitglieder) bzw. 370,00 EUR (nicht Mitglied)** entrichten Sie bitte umgehend nach Erhalt der Teilnahmebestätigung.

Die Preise sind unter Vorbehalt und können sich aufgrund des aktuellen Weltgeschehens noch einmal ändern. Wir werden Sie rechtzeitig über Änderungen informieren oder gegebenenfalls den Restbetrag zurückerstatten.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zu allen, auch auf der Rückseite aufgeführten, Punkten des Antrages. ACHTUNG, nur mit unterschriebener Fotoerlaubnis und Datenschutzerklärung (extra Zettel) können wir diesen Antrag bearbeiten. Ohne diese Unterschriften kann Ihr Kind nicht an der FFZ teilnehmen!!!

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Eckdaten zur FFZ 2025 im KIEZ Frauensee:**ACHTUNG!!! Nichtmitglieder sind während der gesamten FFZ nicht über den Verein versichert!**

1. Der Reisepreis beinhaltet die Busfahrt, Übernachtung, Vollpension, Bettwäsche und sämtliche Eintrittsgelder für die vom Verein organisierten Unternehmungen.
2. Die Unterbringung der Kinder und Jugendlichen erfolgt ausschließlich in Mehrbettzimmern, entsprechend Altersgruppe und Geschlecht.
3. Alle Aktivitäten richten sich nach technischer und finanzieller Machbarkeit.
4. Wir erlauben, dass unser Kind im Bus transportiert wird, und sofern es die Umstände erfordern, auch im Privat-PKW der Betreuer der FFZ.
5. Wir erlauben unserem Kind, an allen Veranstaltungen, Aktivitäten und Unternehmungen im Rahmen der FFZ teilzunehmen.
6. Wir erlauben, dass im Falle einer notwendigen medizinischen Versorgung die Betreuer die Befugnis haben, dringend notwendige Entscheidungen zu treffen.
7. Wir erlauben, dass von unserem Kind während der FFZ fotografische oder Filmaufnahmen gemacht werden können und diese auch für Vereinswerbezwecke sowie auf der Vereinshomepage weiterverwendet werden dürfen. Wir haben Kenntnis davon, dass eine vereinsinterne Foto-DVD angefertigt wird, die jedes Mitglied erwerben kann.
8. Wir sind aufgeklärt, dass die Betreuer über keine medizinische Ausbildung verfügen. Sie übernehmen die Aufgabe zusätzlich, handeln nach bestem Wissen und Gewissen und verlassen sich auf die enge Zusammenarbeit mit Ihrem Kind, dem begleitendem geschultem nichtärztlichen medizinischen Personal und die von Ihnen mitgegebene aktuelle Aufstellung der Therapie.
9. Wir sind aufgeklärt, dass die Betreuer über keinerlei pädagogische Ausbildung verfügen, sich aber nach bestem Wissen und Gewissen um die Aufsicht und Betreuung der Kinder und Jugendlichen kümmern.
10. Wir erklären, dass wir keine Haftungs- oder Schadensersatzansprüche geltend machen, wenn es zu Komplikationen oder Folgeschäden kommt, die im Zusammenhang mit der verabreichten Gabe von Insulin bzw. Insulintherapie Ihres Kindes stehen.
11. Wir geben unserem Kind eine aktuelle Aufstellung der Therapie (KE, IE,...) sowie Angaben zu weiterer Medikation mit.
12. Wir belehren unser Kind, dass es sich nicht ohne Erlaubnis der Betreuer von der Gruppe entfernen darf.
13. Im gesamten Gelände des Kinder- und Jugenderholungszentrums besteht Rauchverbot. Der Genuss von Alkohol und Drogen ist den Kindern und Jugendlichen untersagt. Wir belehren unser Kind in diesem Sinne; bei Zuwiderhandlung muss die FFZ für das betreffende Kind abgebrochen werden, das Kind muss abgeholt werden.
14. Wir verpflichten uns, unser Kind umgehend innerhalb von 24 Stunden abzuholen, wenn dies aus gesundheitlichen (insbesondere bei Symptomen, die auf eine Infektionskrankheit hinweisen können) oder disziplinarischen Gründen notwendig ist. Anderenfalls tragen wir die Kosten für den Transport unseres Kindes mittels Taxis (Hin- und Rückfahrt Begleitperson).
15. Die Abfahrt ist geplant für Sonntag, den 29.06.2025, 8.00 Uhr.
Die Rückkehr ist für Samstag, den 05.07.2025, zwischen 12-14 Uhr geplant. Genauere Informationen erhalten Sie auf dem Elternabend. Der Termin dafür wird noch bekannt gegeben.
16. Die Anmeldung für die Ferienfreizeit ist verbindlich. Eine kostenfreie Stornierung ist nur bis zum 15.04.2025 schriftlich per Post oder E-Mail, oder bei einer Erhöhung des Reisepreises von mehr als 10% möglich. In diesem Fall erstatten wir den Reisepreis zu 100%. Bei einer Stornierung nach dem 15.04.2025 fallen Stornierungsgebühren von 80% des Reisepreises an. Wir empfehlen für den Fall einer kurzfristigen Erkrankung den Abschluss einer Reiserücktrittsversicherung.

Verein zur Förderung diabetischer Kinder und Jugendlicher e.V. Leipzig

Anschrift & Rechnungsadresse
Vereinsvorsitzende Tina Gesell
Altenburger Straße 8
04275 Leipzig

• www.diabetekids-leipzig.de
• eMail: info@diabetekids-leipzig.de
VR: AG Leipzig 228, StNr. 232/141/08984

Bankverbindung: Sparkasse Leipzig
IBAN: DE60 8605 5592 1193 1007 78
BIC: WELADE8LXXX

Medizinischer Fragebogen 2025

Liebe Eltern,

hiermit weisen wir darauf hin, dass die medizinische Betreuung während der Ferienfreizeit von geschultem nichtärztlichen Personal (Notfallsanitäter/innen) durchgeführt wird.

Sie erklären sich damit einverstanden, dass notwendige medizinische Maßnahmen (legen Pumpenkatheter, Gabe von Notfall-BE's, notfallmedizinische Erstversorgung im Bedarfsfall) ohne weitere Rücksprache durchgeführt werden dürfen. Bei weiteren erforderlichen medizinischen Maßnahmen werden wir Sie umgehend telefonisch kontaktieren und mit Ihnen Rücksprache halten.

Bitte füllen Sie den medizinischen Fragebogen sorgfältig für Ihr Kind aus:

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Wann wurde bei Ihrem Kind Diabetes Mellitus Typ 1 diagnostiziert? _____

Wann erfolgte letzte Therapieumstellung (Pen auf AID/Pumpe o.ä.)? _____

Ist demnächst eine Therapieumstellung geplant? _____ Wenn ja, wann? _____

Insulintherapie erfolgt durch (bitte ankreuzen und ausfüllen):

 Insulinpen Kurzzeitinsulin: _____ Langzeitinsulin: _____ Pumpentherapie Welche Insulinpumpe: _____ Insulin: _____ AID-Therapie Insulin: _____

Wann wurde die angegebene Therapieeinstellung vorgenommen? _____

KE – Faktoren: (würde ich auf zusätzlichen Zettel zur Busabfahrt mit Chipkarte und Impfausweis einsammeln)

Mein Kind kann selbständig die Kohlenhydrate/KE berechnen:

 ja benötigt noch Unterstützung nein

Mein Kind kann selbständig Insulin abgeben (egal ob Pen, Pumpe, oder AID):

 ja benötigt noch Unterstützung neinMein Kind kann selbständig Insulinkatheter legen: nicht notwendig (Pentherapie) ja benötigt noch Unterstützung neinMein Kind kann selbständig seine Pumpe/AID bedienen: nicht notwendig (Pentherapie) ja benötigt noch Unterstützung neinHat Ihr Kind weitere Erkrankungen? nein ja, welche _____

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen (außer Insulin)?

nein

ja, welche _____

Hat Ihr Kind Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten?

nein

ja, welche _____

Gibt es weitere Informationen, welche Sie uns für Ihr Kind mitteilen möchten:

Wenn sie Fragen haben sollten, oder Hilfe beim Ausfüllen benötigen, können Sie uns gerne kontaktieren.

Datum: _____ **Unterschrift Erziehungsberechtigte/r:** _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben.