



Mastering Your Life e.V. Leipzig  
vertreten durch: Frank Otto, Annaberger Str. 69, 09468 Geyer,  
Tel.: 037346-91725, email: [fm.otto@web.de](mailto:fm.otto@web.de) &  
Klaus Baumann, Emilienberg 10, 09456 Annaberg-Buchholz,  
Tel.: 03733-679795, email: [myl-annaberg@gmx.de](mailto:myl-annaberg@gmx.de)

---

## FRAGEBOGEN

Wir bitten um die Beantwortung der folgenden Fragen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Der ausgefüllte Fragebogen ist zum Rüstzeitbeginn mitzubringen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

---

Meine Tochter/mein Sohn ist bei folgender Krankenkasse versichert: \_\_\_\_\_

Der/die Erziehungsberechtigte/n sind während der Rüstzeit zu erreichen unter:

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mein Einverständnis, dass meine Tochter/mein Sohn an der Rüstzeit in \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ teilnehmen kann, und weise sie/ihn darauf hin, dass sie/er den Anweisungen der Verantwortlichen Folge zu leisten hat. Wenn sie/er diese Regeln, wie u.a. das Verbot von Alkohol und illegaler Drogen, auch nach Ermahnen nicht einhält, haben die Verantwortlichen die Erlaubnis, mein Kind mit einem öffentlichen Verkehrsmittel nach Hause zu schicken.

Wir erlauben unserer Tochter/ unserem Sohn die Teilnahme an folgenden Aktivitäten:

Baden       sportliche Aktivitäten wie Volleyball, Fußball, Tischtennis, Schlitten fahren, Geländespiel u.ä.

ohne Aufsicht in den Ort zu gehen

Meine Tochter/mein Sohn ist:     Nichtschwimmer/in  
                                                  Schwimmer/in  
                                                  Rettungsschwimmer/in

Ich teile Ihnen mit, dass folgende gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei meiner Tochter/meinem Sohn bestehen:

- Herz-/Kreislaufkrankungen
- alte Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates (z.B. Wirbelsäulenbeschwerden), auch wenn sie bereits längere Zeit zurückliegen.

Meine Tochter/mein Sohn leidet an folgenden Allergien/Überempfindlichkeiten gegen bestimmte Nahrungsmittel/Stoffe/Medikamente:

---

Weiteres:

- Asthma/Heuschnupfen
- Epilepsie
- Zuckerkrankheit
- Diät
- Infektionskrankheiten – wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Die Einnahme folgender Medikamente ist erforderlich:

Name Medikament	Dosierung
_____	_____
_____	_____

Gegen die Teilnahme meiner Tochter/meines Sohnes an der Rüstzeit bestehen keine gesundheitliche Bedenken. Ich/wir erklären, dass die vorstehenden Fragen gewissenhaft beantwortet wurden und dass keine weiteren Behinderungen oder Schäden vorliegen.

Möglicherweise werden einige der während der Rüstzeit gemachten Fotos im Freundesbrief oder auf unserer Homepage bzw. facebook verwendet. Durch die persönliche oder elterliche Anmeldung an der Rüstzeit durch Ihre Unterschrift geben Sie uns dazu Ihr Einverständnis, soweit nichts anderes erklärt wird. Bei Nichtbeantwortung der vorstehenden Fragen ist mir bekannt, dass für daraus entstehende Nachteile keine Haftung durch den Veranstalter übernommen wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des  
Erziehungsberechtigten bzw.  
des Teilnehmers (über 18 Jahre)