

Wasserrettungsdienst im ASB Landesverband Berlin e.V., Am Köllnischen Park 1, 10179 Berlin

Übernachtungserlaubnis & Einverständniserklärung

Name, Vorname _____

Geb.-Datum _____

Wohnhaft in _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

wird hiermit die Teilnahme am Wasserrettungsdienst (nachstehend: WRD) des Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Berlin (nachstehend: ASB) gestattet.

Diese Erlaubnis gilt für das Jahr: _____

Meinem/Unserem Kind wird gestattet:

| | |
|--|--|
| auf einer Station des ASB-WRD Dienst zu leisten. | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| auf den Wasserrettungsstationen des ASB-WRD zu übernachten. Mir/Uns ist bekannt, dass die Schlafräume gemischt-geschlechtlich belegt sein können. | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Einsätze und Übungen auf einem Motorrettungsboot mitzufahren. | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| nach Dienstende den Weg zur und von der jeweiligen Wasserrettungsstation selbstständig zu organisieren und zu bestreiten. | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| sich mind. zu zweit selbstständig, d.h. ohne Aufsicht der diensthabenden Wachleitung, jedoch mit vorheriger Abmeldung, zu bewegen. | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| ab 16 Jahren bei Einsätzen in der Nacht teilzunehmen | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Foto- bzw. Videoaufnahmen dürfen durch den ASB-Landesverband Berlin und seiner Gliederungen in veränderter oder unveränderter Form zu redaktionellen und kommerziellen Zwecken (z. B. zur Bebilderung von Print- und Digitalmedien oder zu Werbezwecken) genutzt werden. | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

Es bestehen folgende Krankheiten / Allergien / Lebensmittelunverträglichkeiten:

Folgende Medikamente sind regelmäßig einzunehmen (insbesondere solche, die die Einsatzfähigkeit beeinflussen könnten):

Kontaktdaten der/des Erziehungsberechtigten, welche/r im Notfall zu benachrichtigen sind:

Name, Vorname _____

Tel. Mobil _____

Name, Vorname _____

Tel. Mobil _____

Jegliche Veränderungen werden der Stationsleitung unverzüglich mitgeteilt.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Platz für weitere Anmerkungen:

Als Ansprechperson bei Fragen oder Rückmeldungen stehen die Leitung der jeweiligen Station, die diensthabende Wachleitung am Wochenende oder die Jugendvertretung für Sie zur Verfügung.