

Wasserrettungsdienst im ASB Landesverband Berlin e.V., Rudolfstraße 9, 10245 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.