



Ministrantentag im Dekanat AIC-FDB

17.Mai 2025
in Ottmaring

Auftrag der Aufsichtsperson

Art und Umfang der Aufsichtspflicht

Am Ministrantentag am 17. Mai 2025 in Ottmaring übernehmen Sie die Aufsicht für die Ihnen anvertrauten Kinder und Jugendlichen. Die Betreuung beginnt am Treffpunkt in der Heimatpfarre und endet dort nach der Rückkehr.

Während der An- und Abreise sind Sie dafür verantwortlich, dass die Kinder unterwegs sicher sind.

Im **offenen Programm** (ca. 14:45 bis 17:00 Uhr) können sich die Teilnehmenden frei im verkehrsberuhigten Bereich bewegen und Workshops besuchen. Dabei ist es wichtig, dass Sie immer wissen, wo sich die Kinder aufhalten, und für Fragen oder Unterstützung erreichbar sind. Die Workshopleitenden übernehmen in den Workshops die direkte Aufsicht, Sie behalten jedoch den Überblick und halten sich in der Nähe der Kinder auf.

Ab der **Prozession** bis zur Rückkehr übernehmen Sie wieder die volle Verantwortung für die Gruppe.

Achten Sie während des gesamten Tages darauf, dass die Kinder Regeln einhalten, und melden Sie bei Problemen oder Vorfällen diese direkt der Veranstaltungsleitung. Halten Sie Kontakt- und Anmeldeinformationen der Kinder und Jugendlichen griffbereit, einschließlich Notfallnummern der Erziehungsberechtigten sowie Angaben zu Allergien, Medikamenten oder besonderen Bedürfnissen der Kinder. Vielen Dank für Ihren Einsatz!

Wir empfehlen Ihnen als Aufsichtsperson die untenstehende Liste während des Minitages dabei zu haben, um bei Bedarf auf die entsprechenden Informationen zugreifen zu können.

Das ausgefüllte Formular verbleibt bei der Pfarrkirchenstiftung, die Jugendstelle benötigt eine Kopie (jugendstelle-augsburg@bistum-augsburg.de)

Angaben zur Aufsichtsperson:

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

(Die Aufsichtsperson muss volljährig sein)

Adresse: _____

Handynummer während des Minitags: _____

Ich melde mich verbindlich zum Dekanats-Ministrantentag am 17.5.25 an und übernehme die Aufsichtspflicht für folgende Kinder/Jugendliche (maximal 10 Personen):

Nr.	Name, Vorname	PLZ	Wohnort	Alter	Kontakt Eltern und Teilnehmer/in (TN)	Allergien Medikamente besondere Bedürfnisse etc.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Ort, Datum: _____

Unterschrift d. Aufsichtsperson: _____