

## Information für Eltern, deren Kinder an der AG/WPU „Schulsanitätsdienst“ teilnehmen

Sehr geehrte Eltern/Erziehungsberechtigte,

Ihr(e) Tochter/Sohn, \_\_\_\_\_, Klasse \_\_\_\_\_,

an der Schule \_\_\_\_\_

hat sich zur AG/WPU Schulsanitätsdienst angemeldet.

Vorab informieren wir Sie über Ausbildung, Sinn und Nutzen eines Schulsanitätsdienstes und die Einsatzmöglichkeiten an unserer Schule.

### 1.) Ausbildung:

- Die Schüler werden von Erste-Hilfe-Ausbildern \_\_\_\_\_ geschult.
- Die Schüler nehmen an einer 16-stündigen Erste-Hilfe-Ausbildung und weiterführenden Fortbildungen teil.
- Sie lernen Notfallsituationen zu erkennen und einzuschätzen.
- Sie lernen verletzte und kranke Schüler zu betreuen.
- Darüber hinaus findet in der Schule wöchentlich/alle 14 Tage ein 2-stündiger Unterricht beim Betreuungslehrer für Schulsanitätsdienste statt.

### 2.) Sinn und Nutzen des Sanitätsdienstes:

- Stärkung der Persönlichkeit und des Selbstbewusstseins
- Förderung des Verantwortungsbewusstseins und der Hilfsbereitschaft
- Verbesserung des sozialen Klimas in der Schule
- Unfallverhütung und Verbesserung der Sicherheit in der Schule

### 3.) Einsatzmöglichkeiten:

- Die ausgebildeten Schüler leisten zusammen mit einer verantwortlichen Lehrkraft bei einem Notfall Erste Hilfe. Dies kann sowohl in den Pausen als auch während des Unterrichtes sowie bei Sport- und Schulfesten, an Wandertagen oder auf Ausflügen sein.

Die Schulsanitäter tragen bei jedem Einsatz Einmalhandschuhe, die kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Eine Schutzimpfung gegen Hepatitis B wird empfohlen. Bei erfolgreicher Teilnahme erhält der Schüler einen Eintrag im Zeugnis oder eine Urkunde oder eine Ehrenamtsbescheinigung. Wenn Sie einverstanden sind, dass Ihre Tochter/Ihr Sohn sich am Schulsanitätsdienst aktiv beteiligt, geben Sie Blatt 2 bitte ausgefüllt und unterschrieben an mich zurück.

Sollten Sie noch Fragen haben, stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

(Leiter Schulsanitätsdienst)

Stempel der Schule

## Einverständniserklärung:

Ich, \_\_\_\_\_, bin damit einverstanden,  
(Vor- und Zuname des Erziehungsberechtigten)

dass sich meine Tochter/mein Sohn, \_\_\_\_\_,  
(Vor- und Zuname des Kindes)

Klasse: \_\_\_\_\_, aktiv am Schulsanitätsdienst der \_\_\_\_\_ Schule beteiligt.

Meine Tochter/mein Sohn ist gegen Hepatitis B geimpft:  ja  nein

Ort

Datum

Unterschrift