

INFORMATIONEN LAGERTEILNEHMER

Nachname: _____ Vorname: _____

Wohnadresse: _____ PLZ; Ort: _____

Geburtsdatum: ____/____/____ Rel. Bek.: _____ Krankenkasse: _____
Tag Monat Jahr

Sozialversicherungsnummer: _____ Stufe: _____

Zusatzversicherung: ja nein Zusatzversichert bei: _____

Leistungen der Zusatzversicherung: _____

INFORMATIONEN ZUR(M) HAUPTVERSICHERTEN

Nachname: _____ Vorname: _____

Wohnadresse: _____ PLZ; Ort: _____

Geburtsdatum: ____/____/____ Krankenkasse: _____
Tag Monat Jahr

Sozialversicherungsnummer: _____

Verhältnis zum Lagerteilnehmer: Mutter Vater

IMPFUNGEN

Mein Kind hat / ich habe folgende Impfungen erhalten:

FSME Tetanus

Letzte Impfung am: ____/____/____

Bitte bei der Anmeldung eine Kopie des Impfpasses abgeben. Sollte es bis Lagerbeginn eine Änderung geben, bitte um eine aktualisierte Version!

MEDIKAMENTE

Mein Kind nimmt folgende Medikamente, die wie folgt verabreicht werden müssen.

Die Medikamente übergebe ich am Abreisetag der Lagerleitung bzw. der Stufenleitung.

Medikament Dosis Nur bei Bedarf!

Medikament Dosis Nur bei Bedarf!

ALLERGIEN

Bitte genau beschreiben, wogegen Allergien bestehen und was im Notfall zu tun ist:

! BITTE UMDREHEN !!

GESUNDHEITZUSTAND

Chronische Hautkrankheiten ja nein Welche: _____

Asthma bronchiale ja nein Welche: _____

Diabetes mellitus ja nein Welche: _____

Sonstige ja nein Welche: _____

Sonstige wichtige Informationen über den Gesundheitszustand meines Kindes / von mir: _____

SCHWIMMER

guter Schwimmer / Selbständiges Schwimmen ohne Aufsicht Nichtschwimmer / Darf in Begleitung in seichtes Wasser

Schwimmer / Selbständiges Schwimmen mit Aufsicht Nichtschwimmer / Darf nicht ins Wasser

BESONDERHEITEN BEI ERNÄHRUNG

Vegetarier

spezielle Ernährung (z.B. kein Schweinefleisch, etc...) _____

spezielle Produktunverträglichkeit bzw. Allergie (z.B. Milchprodukte, Gluten, etc...) _____

Sonstiges _____

NOTFALLSNUMMERN:

In Notfällen bin ich / ist folgende Vertrauensperson unter folgender Nummer / Adresse erreichbar:
Diese Angehörigen / Personen sind berechtigt im Notfall wichtige Entscheidungen zu treffen!!

Name

Name

Adresse

Adresse

Telefonnummer

Telefonnummer

Verhältnis zum Kind (Mutter, Opa, Tante, etc...)

Verhältnis zum Kind (Mutter, Opa, Tante, etc...)

Ich genehmige, dass mein Kind, gegebenenfalls ohne vorherige Verständigung, für kurze Wege mit Aufsichtspersonen in einem privaten PKW (z.B. Pfadfinderbus) mitfahren darf.

Ich erkläre, dass ich dieses Gesundheitsblatt nach bestem Wissen ausgefüllt habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Haftung seitens der Lagerleitung, bezüglich jedweder Folgen für mein Kind oder andere Personen aufgrund fehlender oder unkorrekter Angaben ausgeschlossen ist. Die o.a. Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Der Lagerordnung stimme ich zu und werde mein Kind in diesem Sinne informieren. Ich werde für alle Schäden aufkommen, die durch sein/ihr disziplinarwidriges bzw. mutwilliges Verhalten entstehen.

Ich übergebe der Lagerleitung am Abreisetag die E-Card, eine Kopie des Gesundheitspasses und einen Lichtbildausweis (falls vorhanden).

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten