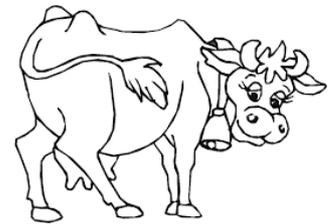


Anmeldungsformular Sommerlager 2018



Personalien

Pfadiname:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Heimatort:

Strasse:

PLZ. / Ort:

Telefon:

Mobiltelefon:

Name & Vorname der Eltern:

Kontaktadresse für Notfälle während dem Lager

Name:

Strasse:

PLZ. / Ort

Telefon:

Mobiltelefon:

Private Versicherung

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Unfallversicherung:

Gönner der Rega: Ja Nein

Ausweisnummer:

Hausarzt

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ. / Ort:

Telefon Praxis:

Gesundheitszustand

Gewicht:

Regelmässig einzunehmende Medikamente (Bezeichnung, Dosierung, Einnahmевorschriften)

Sollen die Medikamente durch die Lagerleitung verabreicht werden? Ja Nein

Bemerkungen zum Gesundheitszustand (z.B. nachwirkende Krankheiten und Unfälle, Operationen, Allergien):

<p>Verschiedenes</p> <p>Kann der / die Teilnehmer/in schwimmen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Anfänger <input type="checkbox"/> Fortgeschritten (bis 300m) <input type="checkbox"/> Könnner (bis 1000m)</p> <p>Bahnabo:</p> <p><input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> Halbtax <input type="checkbox"/> Nichts</p> <p>Besondere Hinweise an die Küche (Vegetarier, Nahrungsmittelallergien, ...)</p> <p>Bemerkungen (Heimweh, Bettnässen, ...)</p> <p>Ich habe bereits folgende Exerabzeichen</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Exer <input type="checkbox"/> 2.Exer</p>

Dies ist meine Einwilligung an die Leitung, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im äussersten Notfall, ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen.

Die Angaben auf diesem Informationsblatt dienen der Lagerleitung bei allfälligen unvorhergesehenen Vorkommnissen während des Lagers. Die Lagerleitung verpflichtet sich, diese Angaben vertraulich zu behandeln. Das Informationsblatt wird nach dem Lager vernichtet.^[L]_[SEP]

Achtung: Die Teilnehmenden sind durch die Pfadi nicht gegen Unfall und Krankheit versichert; die Pfadi lehnt jede Haftung ab. Die Teilnehmenden sind für die nötigen Versicherungen selbst verantwortlich.

Bitte der Anmeldung eine **Kopie des Impfausweises** beilegen!

Datum, Ort _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____