**Notfallinformationsblatt &
Anmeldung für Lagerteilnehmende**

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.

**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.

Dem Informationsblatt bitte eine aktuelle Kopie des Impfausweises beilegen.

|  |
| --- |
| Personalien  |
| Pfadiname:  | Vorname:  |
| Nachname:  | Heimatort:  |
| Geburtsdatum:  | Religion / Konfession:  |
| Strasse:  | PLZ, Ort:  |
| (Mobiltelefon):  | (Telefon):  |
| Pfadiabteilung:  |  |
| Name und Vorname des Inhabers bzw. der Inhaberin der elterlichen Gewalt:   |
| Allgemeines |
| SchwimmenKann die teilnehmende Person schwimmen? ☐ Ja ☐ NeinWenn Ja, wie gut? ☐ Anfänger ☐ Gut (bis 300m) ☐ Könner (bis 1000m) ☐ besitzt den WSC |
| Photos & VideosMit der Anmeldung bestätigen Sie, dass Aufnahmen der teilnehmenden Person, die im Rahmen des Lagers gemacht wurden, für die Pfadi verwenden werden dürfen.Falls sie das nicht möchten, nehmen sie bitte Kontakt mit photo@bezpfila.ch auf. |
| Öffentlicher VerkehrTeilnehmende Person hat Ermässigung / Abo: ☐ keine ☐ Halbtax ☐ GA / Libero auf Gesamtstrecke |
| LebensmittelBesondere Hinweise an die Küche (VegetarierIn, Nahrungsmittelallergien...):     |
| Bemerkungen und Empfehlungen(Heimweh, Bettnässen...):      |

|  |
| --- |
| Kontaktadresse für Notfälle während des Lagers  |
| Nachname:  | Vorname:  |
| Strasse:  | PLZ, Ort:  |
| Mobiltelefon:  | Telefon:  |
| Private Versicherung |
| Krankenkasse:  | Karten-Nr.:  |
| Gönner der Rega: ☐ Ja ☐ Nein | Karten-Nr.:  |
| Hausarzt |
| Name:  | Telefon:  |
| Strasse:  | PLZ, Ort:  |
| Gesundheitszustand |
| Gewicht:  | Körpergrösse:  | Letzte Tetanusimpfung:  |
| Regelmässig einzunehmende Medikamente (Bezeichnung, Dosierung, Einnahmevorschrift):    |
| Sollen diese Medikamente durch die Lagerleitung verabreicht werden? ☐ Ja ☐ Nein |
| Allgemeine Abgabe von Medikamenten aus der Lagerapotheke durch die Lagerleitung: ☐ **Das Leitungsteam darf** der Teilnehmerin / dem Teilnehmer unter Berücksichtigung allfälliger Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B. Schmerzmittel) **ohne Rücksprache verabreichen**.☐ **Das Leitungsteam darf nicht** der Teilnehmerin / dem Teilnehmer **ohne Rücksprache** rezeptfreie Medikamente **verabreichen**. Ich bin / wir sind erreichbar unter der Nummer: Bemerkungen (z.B. nachwirkende Krankheiten / Unfälle, Operationen, Allergien):     |
| RegaversicherungDie Teilnehmenden von J+S-Lager können durch das Leitungsteam bei der Rega gemeldet werden und gelten dadurch für die Lagerdauer als Rega-Gönner. Ich bin einverstanden, dass hierfür Name, Adresse und Geburtsdatum meines Kindes an die Rega weitergegeben werden. ☐ Ja ☐ Nein |
| EinwilligungDies ist meine **Einwilligung an die Leitung**, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung,im äussersten Notfall, ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen.  |
| Ort, Datum  | Unterschrift  |