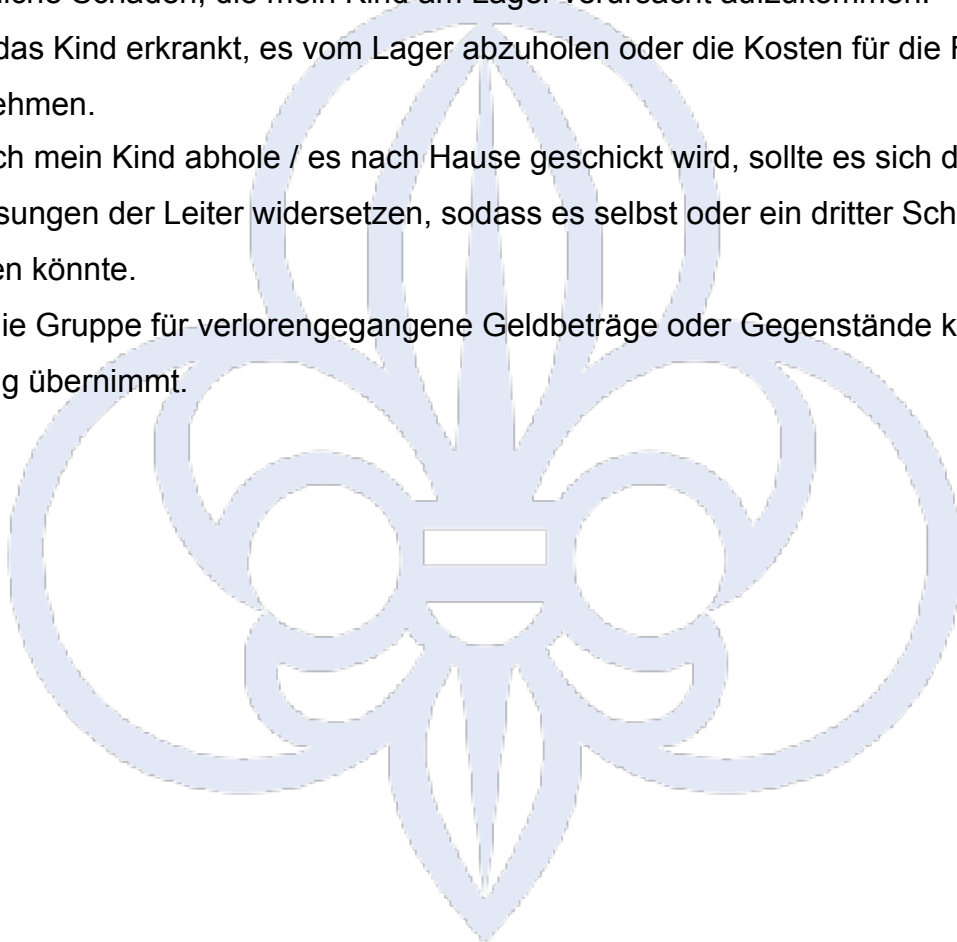


## ANMELDUNG FÜR DAS LAGER:

Meine Tochter / Mein Sohn \_\_\_\_\_  
nimmt verbindlich am Lager in \_\_\_\_\_  
in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ teil.

### **Gleichzeitig erkläre ich mich bereit:**

- für jegliche Schäden, die mein Kind am Lager verursacht aufzukommen.
- wenn das Kind erkrankt, es vom Lager abzuholen oder die Kosten für die Fahrt zu übernehmen.
- dass ich mein Kind abhole / es nach Hause geschickt wird, sollte es sich den Anweisungen der Leiter widersetzen, sodass es selbst oder ein dritter Schaden nehmen könnte.
- dass die Gruppe für verlorene Geldbeträge oder Gegenstände keinerlei Haftung übernimmt.



## FÜR DEN NOTFALL:

### Daten Kind:

Name: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ SvNr: \_\_\_\_\_

Blutgruppe: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

### Zu Verständigen:

Name: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ wenn nicht erreichbar:

Name: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Gesundheitsdaten:

#### Mein Kind hatte folgende Infektionskrankheiten:

- Keuchhusten     Masern     Mumps     Röteln     Gelbsucht  
 Schafblattern     Scharlach     sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Mein Kind ist geimpft gegen:

- Tetanus - wann?: \_\_\_\_\_  
 Zecken - wann?: \_\_\_\_\_  
 Grippe     Masern/Mumps/Röteln     sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Mein Kind leidet an:

- Diabetes     Epilepsie     Asthma     AD(H)S     Kreislaufschwäche  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Allergien:

- Pflaster     Bienen/Wespen     Tiere: \_\_\_\_\_  
 Medikamente: \_\_\_\_\_  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Intoleranzen/Essen:

- Laktoseintoleranz     Fructoseintoleranz     sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Vegetarier     Veganer     sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Folgende Operationen wurden durchgeführt:

- Blinddarm     Mandeln/Polypen     Leisten- oder Nabelbruch  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

**Mein Kind muss folgende Medikamente regelmäßig einnehmen:**

Selbstständige Einnahme    Einnahme muss überwacht werden    Notfall

Was: \_\_\_\_\_

Wann: \_\_\_\_\_

Warum: \_\_\_\_\_

**Mein Kind ist:**

Bettnässer    Schlafwandler    Heimweh-Kind

sonstiges: \_\_\_\_\_

**Schwimmen:**

darf **OHNE** Aufsicht ins Wasser    darf **NUR MIT** Aufsicht ins Wasser

Nichtschwimmer    ungeübter Schwimmer    guter Schwimmer

darf ohne Schwimmflügel ins Wasser?    Ja    Nein (dann bitte auch Einpacken)

**Medikamente:**

Die Leiter dürfen bei meinem Kind Desinfektionsmittel anwenden.

Die Leiter dürfen rezeptfreie Medikamente bei entsprechendem Bedarf verabreichen. (z.B.: Feinstil bei Insektenstichen, Mexalen bei Fieber/Schmerzen,...)

Einschränkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sonstige Krankheiten:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sonstige Besonderheiten:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wünsche der Eltern an die Lagerleitung:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten