

LAGERANMELDUNG

Anmeldung für das Lager:

Meine Tochter/ Mein Sohn _____nimmt verbindlich am oben angeführten Lager 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 verlorengegangene Geldbeträge oder Gegenstände keinerlei Haftung übernimmt
- dass alle angebenen Daten zu meinem Kind korrekt sind und ich den Leitern keine wichtigen Informationen zu meinem Kind vorenthalte, die eventuell benötigt werden könnten um eine bestmögliche Betreuung für mein Kind zu gewährleisten

Mir ist bewusst, dass durch die Teilnahme an diesem Lager, trotz der getroffenen COVID-Präventionsmaßnahmen (Siehe COVID-19 Präventionskonzept), eine Ansteckung mit dem COVID-19 Virus möglich ist. Ich habe dieses Risiko abgewogen und akzeptiere dies ausdrücklich.

Für den Notfall:

Daten Kind:

Name: _____ Geburtstag: _____

SvNr: _____ Blutgruppe: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Zu Verständigen:

Name: _____ Telefonnummer: _____

wenn nicht erreichbar: _____

Mein Kind hatte folgende Krankheiten:

- Keuchhusten Masern Röteln Gelbsucht Schafblattern
 Scharlach COVID sonstiges: _____

Mein Kind ist geimpft gegen:

Tetanus wann?: _____ Zecken wann?: _____ Grippe COVID
 Marsern/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 Fruktoseintoleranz Vegetarier Veganer
 sonstiges: _____

**sollte eine dieser Auswahlmöglichkeiten zutreffend sein, bitten wir um ein kurzes Gespräch, um eine individuelle Lösung, die auf die Bedürfnisse des Kindes zugeschnitten ist, zu besprechen.*

Folgende Operationen wurden durchgeführt:

Blinddarm Mandeln/Polypen Leisten- oder Nadelbruch
 sonstiges: _____

Mein Kind muss folgende Medikamente regelmäßig einnehmen:

Selbstständige Einnahme Einnahme muss überwacht werden Notfallmedikament
Was: _____
Wann: _____
Warum: _____

Mein Kind ist:

Bettnässer Schlafwandler Heimweh-Kind sonstiges: _____

Medikamente:

Die Leiter dürfen bei meinen Kind Desinfektionsmittel anwenden.
 Die Leiter dürfen rezeptfreie Medikamente bei entsprechendem Bedarf verabreichen. (z.B.: Fenistil bei Insektenstichen, Mexalen bei Fieber/Schmerzen, etc...) Einschränkungen: _____

Sonstige Krankheiten: _____

**Pfadfindergruppe
S8 Parsch/Aigen**
Grißmayerstraße 6
5020 Salzburg

info@pfadfinder-s8.org

www.pfadfinder-s8.org

ZVR: 648330029

Sonstige Besonderheiten: _____

Wünsche der Eltern an die Lagerleitung:

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Pfadfindergruppe
S8 Parsch/Aigen
Geißmayerstraße 6
5020 Salzburg

info@pfadfinder-s8.org
www.pfadfinder-s8.org
ZVR: 648330029