

# LAGERANMELDUNG

## Sommerlager

### 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 Heimfahrt 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.

### Für den Notfall:

#### Daten Kind:

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

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

#### Im Notfall zu verständigen:

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

Handynummer: \_\_\_\_\_

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

### Mein Kind hatte folgende Krankheiten:

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

### Mein Kind ist geimpft gegen:

- Tetanus wann?: \_\_\_\_\_  Zecken wann?: \_\_\_\_\_  
 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     Fruktoseintoleranz     Vegetarier  
 Veganer     sonstiges: \_\_\_\_\_

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

### 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: \_\_\_\_\_

**Pfadfindergruppe**

**S8 Parsch/Aigen**

Geißmayerstraße 6

5020 Salzburg

info@pfadfinder-s8.org

www.pfadfinder-s8.org

ZVR: 648330029

**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:

---

---

---

Sonstige Besonderheiten:

---

---

---

Wünsche der Eltern an die Lagerleitung:

---

---

---

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eine Erziehungsberechtigten

**Pfadfindergruppe  
S8 Parsch/Aigen**

Geißmayerstraße 6  
5020 Salzburg

info@pfadfinder-s8.org

www.pfadfinder-s8.org

ZVR: 648330029