

# LAGERANMELDUNG

## Sommerlager

<b>Lager:</b>			
<b>Name des Kindes:</b>			
<b>Geburtstag:</b>		<b>Sv-Nr:</b>	
<b>Blutgruppe:</b>		<b>Größe(cm):</b>	<b>Gewicht(kg):</b>
<b>Ich erkläre ich mich bereit:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Für jegliche Schäden, die mein Kind am Lager verursacht, aufzukommen.</li> <li>• wenn das Kind erkrankt, es vom Lager abzuholen oder die Kosten für die Heimfahrt zu übernehmen.</li> <li>• 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.</li> <li>• dass die Gruppe für verlorene Geldbeträge oder Gegenstände keinerlei Haftung übernimmt.</li> <li>• dass alle angegebenen 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.</li> <li>• Das mein Kind – sollte es notwendig sein (z. B. Pflaster anlegen, Zecken entfernen, Splitter ziehen) – von den Leiter:innen im Rahmen der Ersten Hilfe am Lager medizinisch versorgt werden</li> </ul>			
<b>Notfallkontakt:</b>			
<b>Name:</b>		<b>Telefonnummer:</b>	
<b>alternativer Notfallkontakt:</b>			
<b>Name:</b>		<b>Telefonnummer:</b>	
<b>Weitere Infos/medizinische Angaben:</b>			
<b>Im Rahmen des Lagers dürfen die Leiter:Innen (zutreffendes bitte ankreuzen):</b>			
Meinem Kind Pflaster anlegen/Desinfektionsspray zur Wundreinigung anwenden.			<input type="checkbox"/>
Meinem Kind einen Schiefer entfernen.			<input type="checkbox"/>
Meinem Kind einen Zecken entfernen.			<input type="checkbox"/>
Meinem Kind rezeptfreie Medikamente bei entsprechendem Bedarf verabreichen. (z.B.: Fenistil bei Insektenstichen, Mexalen bei Fieber/Schmerzen, etc...)			<input type="checkbox"/>
Einschränkungen: _____			
<i>*Ich nehme zur Kenntnis, dass ich mein Kind vom Lager abholen muss, um die entsprechenden Maßnahmen durchführen zu lassen, falls einer der oben genannten Fälle eintritt bzw. notwendig wird und die entsprechenden Punkte in der Lageranmeldung nicht angekreuzt wurden.</i>			
<b>Mein Kind ist:</b>		<b>Mein Kind hat folgende Allergien:</b>	
Bettnässer	<input type="checkbox"/>	Pflaster	<input type="checkbox"/>
Schlafwandler	<input type="checkbox"/>	Bienen/Wespen	<input type="checkbox"/>
Heimweh-Kind	<input type="checkbox"/>	Tiere: _____	<input type="checkbox"/>
Schwimmer	<input type="checkbox"/>	Medikamente: _____	<input type="checkbox"/>
Nicht-Schwimmer	<input type="checkbox"/>	Lebensmittel: _____	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>

Mein Kind leidet an:		Intoleranzen/Essen:	
Diabetes		Laktoseintoleranz	
Epilepsie		Fruktoseintoleranz	
Asthma		Vegetarier	
AD(H)S		Zöliakie	
Kreislaufschwäche		Sonstiges: _____	
Sonstiges: _____		Sonstiges: _____	
Mein Kind ist gegen folgendes geimpft:			
Tetanus (wann: _____)		Zecken (wann: _____)	
Masern/Mumps/Röteln		Sonstiges: _____	
Medikation:			
Mein Kind muss folgende Medikamente regelmäßig einnehmen:			
Selbständige Einnahme			
Die Einnahme muss überwacht werden			
Notfallmedikament			
Was:			
Wann:			
Warum:			
Sonstige Besonderheiten:			
Wünsche der Eltern an die Lagerleitung:			
Zustimmung der Erziehungsberechtigten:			
<p>Mein Kind darf an dem oben angeführten Lager der Pfadfindergruppe S8 Parsch/Aigen teilnehmen. Mit der fristgerechten Überweisung des Lagerbeitrags wird sowie der Einrechnung dieses Dokumentes wird die Anmeldung verbindlich.</p>			
Ort, Datum:			
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten:			

Pfadfindergruppe

Parsch/Aigen

Weyerstraße 6

5020 Salzburg

finder-s8.org

finder-s8.org

ZVR: 648330029