

## Lager / Week-End

### Personalien

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

### Versicherungen

*Versicherungsschutz ist grundsätzlich Sache des Teilnehmers*

**Unfallversicherung** Name: \_\_\_\_\_ Police-Nr.: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** Name: \_\_\_\_\_ Police-Nr.: \_\_\_\_\_

### Gesundheitszustand

Datum der letzten **Starrkrampfimpfung**: \_\_\_\_\_

Datum der letzten 3, falls vorhanden, **Zeckenimpfungen**: \_\_\_\_\_

**Allergien** :  Sonnenallergie  Heuschnupfen  Bienenstichallergie

\_\_\_\_\_

Erlebte Krankheiten / Unfälle, die Konsequenzen für das Lager haben könnten.

(Diabetes, Epilepsie, Asthma, ...) \_\_\_\_\_

Einzunehmende **Medikamente** (Bezeichnung, Einnahmевorschrift, für was)

NEIN  JA \_\_\_\_\_

durch **Lagerleitung** verabreichen / kontrollieren

geschieht **selbstständig**

Wie gut kann Ihr Kind schwimmen? Anfänger, Fortgeschritten (bis 300m), Könnler (ab 1km)

Muss der Leiter noch etwas wissen (Heimweh, Schlafwandeln, ... )

### Hausarzt / Homöopath

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

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### Elternadresse während des Lagers

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

Strasse: \_\_\_\_\_ Land/PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern

\_\_\_\_\_

Notfallatt