

# Jublasurium 2025

## Personalienblatt



Die Angaben auf diesem Blatt helfen den Leitungspersonen, während des Jublasuriums richtig zu reagieren. Die Leitungspersonen verpflichten sich, diese Angaben vertraulich zu behandeln. Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Das Personalienblatt wird nach dem Jublasurium zurückgegeben oder vernichtet.

Achtung: Die Teilnehmenden sind durch den Organisator nicht gegen Unfall und Krankheit versichert. Die Teilnehmenden sind für die nötigen Versicherungen selbst verantwortlich.

### Personalien der teilnehmenden Person

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. Festnetz: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
(falls vorhanden)  
Vor- und Nachname der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

### Kontaktadresse für Notfälle während des Lagers (falls möglich in der Schweiz)

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Land: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Telefonisch erreichbar unter der Nummer: \_\_\_\_\_

### Private Versicherung

Krankenkasse und Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### Hausarzt

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon Praxis: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
(falls vorhanden)

**Gesundheitszustand**

Regelmässig einzunehmende Medikamente (Bezeichnung, Dosierung, Einnahmевorschrift):

---

---

---

Sollen die Medikamente durch eine Leitungsperson verabreicht werden:      Ja                      Nein

Bemerkungen zum Gesundheitszustand (z.B. nachwirkende Krankheiten und Unfälle, Operationen, Allergien (ggf. Kopie des Allergiepasses beilegen)):

---

---

---

Im Fall einer schweren allergischen Reaktion (Wespenstich etc.) darf meinem Kind ein Antihistaminikum verabreicht werden:                      Ja                      Nein

**Allgemeines**

Besondere Hinweise an die Küche (Vegetarismus, Lebensmittelunverträglichkeiten...):

---

---

---

Bemerkungen und Empfehlungen (Heimweh, Bettnässen, Sorgen, Ängste, besondere Eigenschaften):

---

---

---

Dies ist meine Einwilligung an die Leitung, im Notfall ohne vorherige weitere Benachrichtigung die notwendigen Schritte für eine medizinische Behandlung zu veranlassen.

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

Unterschrift der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_