

# M E D I Z I N B L A T T

## *Jublalager 2026 – Savognin GR*

Liebe Eltern

In einer Lagerwoche kann es vorkommen, dass es bei Spiel und Spass auch mal zu einem Unfall, einer Krankheit oder einem Bobo kommt. Damit wir in einem solchen Fall ideal reagieren können, sind wir auf die folgenden Angaben im **Medizinblatt sowie einer Kopie der Krankenkassenkarte und des Impfausweises** angewiesen – bitte schaut, dass ihr alle Kopien möglichst auf eine einzelne A4-Seite bringt.

Sämtliche Angaben in diesem Dokument unterliegen der Geheimhaltung. Die Dokumente werden ausschliesslich von dem Lagermütterchen/-väterchen und der Lagerleitung eingesehen und verwahrt und nach dem Lager vernichtet. Wir behalten uns jedoch vor, das Küchenteam über allfällige Lebensmittelallergien und Unverträglichkeiten zu informieren.

Lebensfreu(n)dliche Grüsse  
Larissa Luppi und Lars Henzirohs

Das **Medizinblatt** ist zusammen mit einer **Kopie der Krankenversicherungskarte** und des **Impfausweises** bis am **Sonntag, 21. Juni 2026** an Roman Jäggi, Im Winkel 3, 4624 Härkingen abzugeben.

### Personalien des Lagermütterchen/-väterchen:

**Lars Henzirohs**

Werdstrasse 18, 4623 Neuendorf / lars.henzirohs@jubla-haerkingen.ch / 076 778 21 83

**Larissa Luppi**

Länggasse 20, 4624 Härkingen / larissa.luppi@jubla-haerkingen.ch / 079 908 16 58



# M E D I Z I N B L A T T

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

Strasse \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Vornamen der Eltern \_\_\_\_\_

## Kontaktadressen der Eltern

- Sind zu Hause
- Sind unter folgender Adresse und Telefonnummer erreichbar

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Hausarzt *(bitte vollständig ausfüllen)*

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

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon Praxis \_\_\_\_\_

## Versicherung

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Unfallversicherung \_\_\_\_\_

## Schwimmfähigkeit

Kann Ihr Kind schwimmen?  Ja  Nein

Wenn ja, bitte ankreuzen:

Anfänger  Fortgeschritten (bis 300m)  Experte (bis 1'000m)

Mein Kind darf im Lager im Badensee, unter Begleitung von Leitungspersonen (mit Anerkennung des J+S Sicherheitsmoduls Wasser) schwimmen gehen:

Ja, mein Kind darf schwimmen  Nein, mein Kind darf nicht schwimmen

*Alle Teilnehmenden im Alter von 5-20 Jahren werden während des Lagers gleichbehandelt wie Gönner der Rega, jedoch bleibt die Versicherung Sache des Teilnehmers.*

Rückseite 

# M E D I Z I N B L A T T

## Medikamente

Muss Ihr Kind regelmässig Medikamente einnehmen?

- Nein
- Ja (Welche? Welche Dosierung? Wie oft? Auf was muss geachtet werden? **Denkt Ihr Kind selbstständig an diese?**)

---

---

---

---

---

Falls die Medikamente uns abgegeben werden, bitten wir Sie, diese alle zusammen in einer Box mit dem Namen beschriftet, abzugeben.

## Besonderheiten

(Allergien, Allergien auf spezifische Medikamente oder Inhaltsstoffe, Nachtschmerzen, Heimweh, Konditionsprobleme, Krankheiten, Essen etc.)

---

---

---

---

---

Bitte informieren Sie uns, falls auf etwas Spezielles geachtet werden muss.

## Kopie der Krankenkasse und des Impfausweises (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Kopie der Krankenkasse beiliegend
<input type="checkbox"/>	Kopie des Impfausweises beiliegend

Dies ist unsere **Einwilligung an die Leitung** die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, bei Notwendigkeit, ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Eltern \_\_\_\_\_