

Notfallblatt/Personalienblatt

Die Angaben auf diesem Blatt helfen der Lagerleitung, während des Lagers richtig zu reagieren. Die Lagerleitung verpflichtet sich, diese Angaben vertraulich zu behandeln. Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Das Personalienblatt wird nach dem Lager vernichtet.

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

Dem Personalienblatt bitte eine aktuelle Kopie des Impfausweises beilegen und diesen mit Namen kennzeichnen.

Personalien der Teilnehmerin oder des Teilnehmers:

Vorname: _____ Nachname: _____
Adresse: _____
Geburtsdatum: _____
Telefon: _____

Kontaktadresse für Notfälle während des Lagers:

Bitte Vornamen, Nachname und Nummer angeben.

Kontakt 1 _____
Kontakt 2 _____
Kontakt 3 _____

⇒ Bitte eine Telefonnummer angeben, unter der sie während des Lages erreichbar sind! In einem Notfall rufen wir als erstes den ersten Kontakt an.

Versicherung:

Krankenkasse _____
Versicherungsnummer _____

Gönner der Rega: Ja Nein
Ausweis-Nr.: _____

Rega Gönnerschaft:

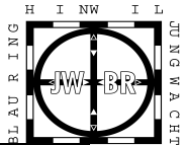
Alle Teilnehmenden sind während der Lagerdauer gratis Rega-Gönner*in, sofern Sie einverstanden sind damit. Folgende Daten werden via nationale Sportdatenbank an die Rega weiter gegeben: Name, Vorname und Geburtsdatum.

Ich möchte, dass mein Kind Rega versichert, ist während des Lagers

Ja Nein

Allgemeines

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



Kann ihr Kind schwimmen? Nein Anfänger (bis 300m) gut (300m +)

Gesundheitszustand:

Ist ihr Kind Allgemein gesund? Ja Nein

Hat Ihr Kind Allergien? Ja Nein

Was ist zu tun bei einer allergischen Reaktion? (Medikamente, Epipen ...?)

Regelmässig einzunehmende Medikamente (Bezeichnung, Dosierung, Einnahmевorschrift):

⇒ Bitte eine Zeile pro Medikament brauchen.

Sollen die Medikamente durch die Leitung verabreicht werden? Ja Nein

Darf ihrem Kind im Lager ein Medikament im Notfall abgegeben werden? Ja Nein

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 Person:
