



Personalienblatt J+S-Lager

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 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.

Dem Personalienblatt bitte eine aktuelle Kopie des Impfausweises beilegen.

Personalien der Teilnehmerin oder des Teilnehmers

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

E-Mail (falls vorhanden):

Strasse:

PLZ, Ort:

Telefon Festnetz:

Mobiltelefon (falls vorhanden):

Vor- und Nachname der Erziehungsberechtigten:

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

Nachname/Vorname:

Land:

Strasse:

PLZ, Ort:

Telefonisch erreichbar unter Nummer:

E-Mail:

Falls der Teilnehmer oder die Teilnehmerin frühzeitig aus dem Lager nach Hause fahren muss, soll er oder sie

nach Hause an die Wohnadresse.

zur Kontaktperson (diese wurde durch die Erziehungsberechtigten darüber informiert).

von uns abgeholt werden.

Private Versicherung

Krankenkasse und Versicherungsnummer:

Gönner der Schweizerischen Rettungsflugwacht:

Ja

Nein

Ausweis-Nr.:

Hausarzt

Nachname:

Vorname:

Strasse:

PLZ, Ort:

Telefon Praxis:

Mobiltelefon (falls vorhanden):

Gesundheitszustand

Regelmässig einzunehmende Medikamente (Bezeichnung, Dosierung, Einnahmевorschrift):

Sollen die Medikamente durch die Lagerleitung 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):

Kann die Teilnehmerin oder der Teilnehmer schwimmen: Ja Nein

Wenn ja, bitte ankreuzen: Anfänger Fortgeschritten (bis 300 m) Könnner (bis 1000 m)

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: