

Medizinische Angaben der Teilnehmenden



Liebe Eltern

Wir hoffen auf ein tolles, unfallfreies Lager. Für den Notfall möchten wir jedoch gewappnet sein und bitten Sie deshalb, das folgende Formular auszufüllen. Die Angaben auf diesem Blatt helfen uns, während des Lagers richtig zu reagieren.

Personalien

Name: _____
Adresse: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse + Telefonnummer der Eltern während des Herbstlagers (oder zu benachrichtigende Person)
Adresse: _____
Telefonnummer: _____

Hausarzt

Name: _____
Adresse: _____
Telefon Praxis: _____

Krankenkasse: _____

AHV-Nummer: _____

Unfallversicherungen: _____

Alle Teilnehmenden sind während der Lagerdauer gratis Rega-Gönner*in. Folgende Daten werden hierfür via NDS an die Rega weitergegeben: **Name, Vorname und Geburtsdatum.**

Diese Daten dürfen an die Rega weitergegeben werden:

☐ Ja ☐ Nein

Bekannte **Allergien** (Heuschnupfen, Sonnen-, Bienenstich-, etc.)

Medikamente, die während des Lagers eingenommen werden müssen:

Besondere Hinweise an die **Küche** (Vegetarier, Nahrungsmittelallergien, ...)

Gibt es sonst **Spezielles** zu beachten: (Bettnässen, häufige Kopfschmerzen, ...)?

Kann die Teilnehmerin bzw. der Teilnehmer schwimmen:

☐ Ja ☐ Nein

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

Bitte informieren Sie die Lagerleitung, falls auf irgendetwas Spezielles geachtet werden muss!

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

Ort, Datum:

Unterschrift Eltern:

Bitte geben sie dieses Formular am **02.10.2025** bei der **Gepäckabgabe** ab!