**Anmeldung**

**Auffahrtslager (UFLA) 2024**

Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Vorname:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Adresse: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Schar: Blauring St. Gallenkappel

Telefon: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtstag: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

AHV-Nr. Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

T-Shirt Grösse:

Kinder: 116 122 128 134 140 146 152

Erwachsene: S M L XL

Ort, Datum: Unterschrift eines Elternteils:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Wichtige Info bezüglich Zusatzversicherung Rega, J&S „NDS“ sowie die Einwilligung der Verwendung von Fotos während dem Lager:

* Für die Dauer des Auffahrtslagers sind die Teilnehmenden des Lagers Rega versichert.
* Zusätzlich werden die personenbezogenen Daten aller Teilnehmenden an die NDS (neue nationale Sport-Datenbank) im Rahmen von Jugend und Sport vertraulich weitergegeben.
* Während dem gesamten Lager werden Fotos gemacht. Ihr Kind könnte dementsprechend in Portrait-, Gruppen oder Bewegtbildern (Videos) zu sehen sein. Diese Fotos dienen der Öffentlichkeitsarbeit und werden für die Sozialen Medien, das Internet sowie Printmedien verwendet.

**IBAN: …**

Blauring St. Gallenkappel

Raiffeisenbank am Ricken, Eschenbach

CH28 8129 8000 0010 9380 1

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden.

Bitte die Anmeldung mit dem ausgefüllten Medizinblatt per E-Mail an [**larissa.rohner@hispeed.ch**](mailto:larissa.rohner@hispeed.ch))….

**Notfallblatt**

**Personalien**

**Name**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Adresse**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Geburtsdatum**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Adresse + Telefonnummer der Eltern während des Auffahrtslagers** (oder zu benachrichtigende Person)

**Adresse**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Telefonnummer**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Hausarzt**

**Name**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Adresse**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Telefon Praxis**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Krankenkasse**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

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

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Medikamente**, die während des Lagers eingenommen werden müssen:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

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

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

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

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ich habe die Kopie des Impfausweises beigelegt.

Dies ist meine **Einwilligung an die Lagerleitung,** die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im Notfall (ohne vorherige Abklärung mit den Eltern), zu veranlassen.

Bitte informieren Sie die Lagerleitung, falls auf etwas speziell geachtet werden muss!

Überweisung des Lagerbeitrages an die Schar.

Ort, Datum: Unterschrift Eltern:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.