**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**)….

**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.