

## Herbstlager 2024

05.10.2024-12.10.2024

Waltensburg/ Vuorz, GR

[www.jubla-landquart.ch](http://www.jubla-landquart.ch)

[jubla@kath-landquart.ch](mailto:jubla@kath-landquart.ch)



## Medizinischen Angaben der Teilnehmenden

Wir hoffen auf ein tolles, unfallfreies Lager. Für den Notfall möchten wir jedoch gewappnet sein und bitten Sie deshalb, das folgende Formular auszufüllen.

Bitte unbedingt zusammen mit einer **Kopie des Impfausweises und der Krankenkassenkarte** der Anmeldung beilegen!

<b>Adresse, PLZ, Ort:</b>	_____
<b>Geburtsdatum:</b>	_____
<b>Adresse + Telefonnummer der Eltern während des Herbstlagers</b> (oder zu benachrichtigende Person)	
<b>Name, Vorname:</b>	_____
<b>Adresse, PLZ, Ort:</b>	_____
<b>Telefonnummer:</b>	_____
<b>Hausarzt</b>	
<b>Name, Vorname:</b>	_____
<b>Adresse, PLZ, Ort:</b>	_____
<b>Telefonnummer Praxis:</b>	_____

**Krankenkasse und AHV-Nummer:** \_\_\_\_\_

**Unfallversicherungen:** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Bitte informieren Sie die Lagerleitung (Severine Hagmann, 077 487 17 24) falls auf etwas 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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_