

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.

Bitte unbedingt zusammen mit einer **Kopie des Impfausweises** der Lageranmeldung beilegen!

Personalien

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

Hausarzt

Name: _____
Adresse: _____
Telefon Praxis: _____

Krankenkasse: _____

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

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 **mit der Lageranmeldung** ab!