**ANMELDUNG mit Notfallinformationen**

**Ich möchte mich für das Lager auf dem Bolderhof anmelden vom:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(bei Platzmangel käme auch diese Woche in Frage: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**Personalien LagerteilnehmerIn**

Vorname: Name:

Strasse / Nr.:

PLZ / Ort: Geburtsdatum:

**Kontaktpersonen**

Bei Fragen oder im Notfall müssen wir jemanden erreichen können. Bitte geben Sie die gültige Telefonnummer einer Person an, die wir rasch erreichen können und deren Combox regelmässig abgehört wird.

1. Kontaktperson: Wohnort:   
  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Kontaktperson: Wohnort:

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Arzt & Versicherung**

Hausarzt des Kindes:

Telefonnummer: Ort:

Bitte jeweils Versicherungsgesellschaft und Kartennummer angeben:

Unfallversicherung: Nummer:

BILDNACHWEIS

Krankenkasse: Nummer:

**Wichtige Informationen**

Mit diesen Angaben helfen Sie den Leitenden, Ihr Kind gut in die Lagergemeinschaft zu integrieren. Die Vertraulichkeit und Nichtdiskriminierung ist gewährleistet.

Braucht Ihr Kind regelmässig Medikamente?

O Nein O Ja, nämlich (Bezeichnung, Dosierung, Einnahmevorschrift):

Falls ja: Sollen die Medikamente von der Lagerleitung verabreicht werden?

O Nein O Ja (bitte Hauptleiter kontaktieren, Medikamente mit Dosierung beschriften)

Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?   
O Nein O Ja

Bemerkungen zum Gesundheitszustand (Krankheiten, Unfälle, Operationen, Allergien):

Kann Ihr Kind schwimmen? Wir sind in der Nähe des Rheins, gehen aber nicht baden!

O Nein O Ja: Anfänger O Ja: Fortgeschritten

Ernährt sich Ihr Kind vegetarisch?

O Ja O nein

Sonstige Bemerkungen für die Küche (Nahrungsmittelallergien, …):

Anmerkungen / Empfehlungen (Heimweh, Bettnässen, psychische Probleme, Situationen in denen ihr Kind Mühe hat):

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass wir für sämtliche Versicherungen selber verantwortlich sind und bestätige die Vollständigkeit der obenstehenden Angaben.

Mit der Anmeldung gebe ich meine Einwilligung an die Leitung, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im äussersten Notfall ohne vorherige weitere Benachrichtigung, zu veranlassen.

Ort, Datum:

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten:

Unterschrift Sohn/Tochter:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_