jungwacht
blauring
st. clara

Formular - Medizinische Angaben

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigten

Für den Notfall möchten wir gewappnet sein und bitten Sie deshalb, das folgende Formular auszufüllen. Die Angaben auf diesem Blatt helfen uns bei Bedarf richtig zu reagieren. Medizinische Informationen werden soweit notwendig an das zuständige Personal, sofern die Situation dies erfordert. bestätigst mit unterstehender Unterschrift die Richtigkeit aller gemachten Angaben. Du erklärst, dass du die Teilnahmebedingungen verstanden hast und akzeptierst.

Personalien

Name	
Adresse	
Geburtsdatum	

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

Name & Beziehung zum Kind	
Adresse	
Telefonnummer	

Hausarzt

Name	
Adresse	
Telefon Praxis	

AHV-Nummer	
Krankenkasse	
Unfallversicherung	

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,...)?

Kann die Teilnehmerin bzw. der Teilnehmer schwimmen: Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, bitte ankreuzen: Anfänger*in ☐ Fortgeschritten (bis 300m) ☐ Könner*in (bis 1000m) ☐

Bitte informieren Sie die Lagerleitung oder die Gruppenleitung, 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. Bitte unbedingt zusammen mit einer **Kopie** des **Impfausweises** und der **Versicherungskarte** der Lageranmeldung beilegen!

Ort, Datum: Unterschrift Eltern: