

## Sommerlager 2020 - Anmeldung

Bitte vollständig ausgefüllt bis spätestens **Sonntag 14.6.2020** eingescannt an Franziska Hansel ([franziskakatharina.hansel@gmail.com](mailto:franziskakatharina.hansel@gmail.com)) oder an Sandra Heindl ([heindl.sandra@aon.at](mailto:heindl.sandra@aon.at)) schicken!

Ich melde mein Kind \_\_\_\_\_  
für das Sommerlager vom **5.07.-18.07. 2020** in Weibern an.

Geburtstag: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Jungschargruppe: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse eines/r Erziehungsberechtigten (für kurzfristige Infos vor dem Lager):  
\_\_\_\_\_

Mein Kind isst vegetarisch: o ja o nein

Mein Kind kann schwimmen: o ja o nein

Mein Kind hat das Top Jugend Ticket o ja o nein

Ich bin damit einverstanden, dass Lagerfotos von meinem Kind auf der Jungscharhomepage ([www.jungschar-stthekla.at](http://www.jungschar-stthekla.at)), der Jungschar-Facebookseite ([www.facebook.com/jungscharstthekla](http://www.facebook.com/jungscharstthekla)) veröffentlicht werden und für die Öffentlichkeitsarbeit der Pfarre (z.B Message4me, Frobo live, Schaukasten) verwendet werden.

Ja

Nein

Ich bin mit der Weitergabe von Daten, inklusive vertraulicher Daten (z.B Krankheiten, Kontaktdaten), meines Kindes an Dritte (ÖBB, Ärzte, Krankenhäuser...) und der Analyse und Verarbeitung jener Daten einverstanden. Wir können Ihnen nur nach einer Zustimmung bei diesem Punkt Info-Mails für das Lager schicken. Nach dem Lager werden alle Daten bezüglich Ihres Kindes vernichtet.

Ja

Nein

Mit meiner Unterschrift nehme ich zur Kenntnis, dass mein Kind im notwendigen Falle mit einem PKW transportiert wird. Ich nehme die Stornogebühr von 45€ im Falle einer Abmeldung nach Anmeldeschluss zur Kenntnis.

.....

Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

# Sommerlager 2020 - Gesundheitsblatt

Gesundheitsblatt von \_\_\_\_\_

(Für jedes Kind extra auszufüllen!)

## Impfungen:

Tetanus:    o ja    o nein

Zecken:    o ja    o nein

## Allergien:

## Chronische Krankheiten:

**Akute Verletzungen** (bitte etwaige Befunde mitgeben!):

**Benötigt folgende Medikamente** (Dauer und Dosis):

**Mitversichert bei:** Name Hauptversicherte/r:

Versicherungsnummer (Hauptversicherte/r):

Dienstgeber/Dienstort:

Krankenkasse:

**Bei Notfällen zu verständigen:**

Name:

Telefon Privat:

Telefon Arbeit:

**Nennen Sie bitte einen Ersatzkontakt, falls wir Sie dennoch nicht erreichen:**

Name:

Telefon:

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir keine rezept- und apothekenpflichtigen Medikamente (z.B. Parkemed, Mexalen, ...) verabreichen, ausgenommen Allergiemittel im Akutfall.

Da wir in den letzten Jahren immer wieder Läuse am Lager hatten, würden wir Sie bitten, Ihr Kind vor der Abfahrt auf Läuse zu durchsuchen und uns gegebenenfalls zu informieren.