

# Sommerlager Kinderanmeldung

Bitte vollständig ausgefüllt bis spätestens Sonntag 20.6.2021 im Jugendheim abgeben oder eingescannt an Florian Heizinger ( [florian.heizinger@aon.at](mailto:florian.heizinger@aon.at)) schicken.

Ich melde mein Kind: \_\_\_\_\_ für das Sommerlager vom **4.07. – 17.07.2021** in Mauterndorf 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 im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit auf der Jungscharhomepage ([www.jungschar-stthekla.at](http://www.jungschar-stthekla.at)) und 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.

o ja o 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.

o ja o nein

Mit meiner Unterschrift nehme ich zur Kenntnis, dass mein Kind im notwendigen Falle mit einem PKW transportiert wird. Ich nehme die Stornogebühr von 140€ im Falle einer Abmeldung nach Anmeldeschluss zur Kenntnis.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

# Sommerlager 2021 – 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 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 apothekenpflichten Medikamente (z.B. Parkemed, Mexalen, ...) verabreichen, ausgenommen Allergiemittel im Akutfall.

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