

Herbstlager 2022- Anmeldung

Bitte vollständig ausgefüllt (Vorder- und Rückseite) bis 14. Oktober im Jugendheim abgeben oder eingescannt an Philipp Köfler (philipp.koeffler@chello.at) schicken.

Ich melde mein Kind _____
für das Herbstlager von **26.10 bis 1.11.2022** in Sallingstadt 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), der Jungschar-Facebookseite (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 75€ im Falle einer Abmeldung nach Anmeldeschluss zur Kenntnis.

.....

Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte*r

Herbstlager 2022- Gesundheitsblatt

Gesundheitsblatt von _____

(Bitte unbedingt für jedes Kind **extra** ausfüllen! Liebe Eltern, es ist sehr wichtig, dass Sie das Gesundheitsblatt gewissenhaft und **VOLLSTÄNDIG** ausfüllen. Die hier abgefragten Daten sind wichtig, falls es für uns notwendig sein sollte, mit Ihrem Kind einen Arzt zu besuchen. In jedem Fall werden die Daten von uns vertraulich behandelt und nach dem Lager vernichtet.)

Impfungen (zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen):

Tetanus: o ja, zuletzt im Jahr _____ o nein

Zecken: o ja, zuletzt im Jahr _____ 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:

Hausarzt des Kindes:

Bei Notfällen zu verständigen:

Name:

Telefon:

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.