

Personalien und Adressen**Abgabe am 26.Januar im Heim!**

Name des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

Anschrift: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Gruppe: _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein o.g. Kind verbindlich an dem Sommerlager der DPSG Dinklage vom 11.Juli - 20.Juli 2025 teilnimmt.

Bei Notfällen verständigen Sie bitte:

Name: _____

Vorname: _____

Telefon, privat: _____

Telefon, dienstl.: _____

Mobil: _____

E-Mail (falls vorhanden): _____

Aufsichtspflicht und Ähnliches

1. Ich erlaube, dass mein Kind am Baden in einer geschlossenen Badeanstalt oder an einem durch Rettungsschwimmer beaufsichtigten See/ Strand/Fluss teilnimmt.
2. Mein Kind ist Schwimmer / Nichtschwimmer
3. Ich erlaube, dass mein Kind unter Aufsicht einer Aufsichtsperson am Kanufahren teilnehmen darf.
4. Mir ist bekannt, dass mein Kind vorzeitig nach Hause geschickt werden kann, wenn:
 1. sein Verhalten
 2. Bewusste Fehlinformation der Elternden ordnungsgemäßen Ablauf der Ferienfreizeit gefährdet. In diesem Fall sind alle anfallenden Kosten (auch für den begleitenden Betreuer) von mir unverzüglich zu erstatten.
5. Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind ab der Jungpfadfinderstufe (blaues Tuch) bei Ausflügen ohne Begleitung eines Betreuers, aber in Gruppen von mindestens drei Teilnehmern gehen darf.
6. Mein Kind darf während des Sommerlagers in Privat-PKW/ Privat-Bullis mitfahren.
7. Bei meinem/unserem Kind sind besondere Auffälligkeiten zu beachten: (z.B. Schlafwandeln, ADS, oder ähnliches):

8. Wünsche oder Bemerkungen besonderer Art:

Vegetarisch

Kein Schweinefleisch

Laktoseintoleranz

Vegan

„Arztbogen“

1. Mein Kind ist krankenversichert bei (Name und Adresse der Versicherung):
-

2. Versicherungsnehmer (Name und Geburtsdatum) und Versicherungsnummer:
-

Bitte geben Sie bei der Lagerleitung die Krankenversichertenkarte ihres Kindes (ggf. Auslandskrankenschein) und ggf. den Impfpass (Kopie ist ausreichend) vor der Fahrt oder im Bus ab.

3. Mein Kind wurde zuletzt am _____ gegen Tetanus und am _____ gegen FSME (Zecken) geimpft.

4. Hausarzt:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

5. Gibt es bei Ihrem Kind ungewöhnliche Reaktionen auf Insektenstiche?

Nein Ja, folgende: _____

6. Bestehende/ akute/ chronische Krankheiten/ Allergien oder andere Besonderheiten: (z.B. Asthma, Diabetes, Epilepsie, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Trommelfellschäden, Herzfehler, etc.):
-

7. Mein Kind benötigt zur Zeit folgende(s) Medikament(e):

Gebrauchsanweisung:

8. Mein Kind wird diese Medikamente selbstständig einnehmen.

Ja Nein

9. Fallen diese Medikamente unter das Betäubungsmittelgesetz? (BTM)

Nein Ja – die Bescheinigung des Arztes lege ich bei.

10. Ich erlaube die Verabreichung von frei verkäuflichen und homöopathischen Medikamenten und Salben lt. Packungsbeilage des Herstellers.

Ja Nein

11. Ich nehme zur Kenntnis, dass ärztliche Maßnahmen wie lebensrettende operative Eingriffe oder Schutzimpfungen, die vom hinzugezogenen Arzt für dringend erforderlich erachtet werden, bei meinem Kind im gegebenen Fall vorgenommen werden.

12. Sonstige wichtige medizinische oder andere Hinweise:
-

Ort/Datum

Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten

Anmerkung der Lagerleitung:

Die Daten werden vertraulich behandelt und keinesfalls ohne Grund an Dritte weitergegeben.