



SOMMERLAGER 2009 IM GÄNT

Bitte diesen Gesundheitsbogen zur Gepäckabgabe vollständig ausgefüllt mitbringen!

Teilnehmerdaten:

DPSG Viersen Postfach 10 05 22 41705 Viersen

Vorname Name

Geb.dat.

Straße Nr.

Telefon

PLZ Ort

Stufe

Mitgl.Nr.

Wir, die Eltern/ Erziehungsberechtigten des Teilnehmers/ der Teilnehmerin, genehmigen, dass ...

- ... unser Sohn/ unsere Tochter **schwimmen** gehen darf. ja nein
Vorgesehen ist das Schwimmen in Schwimmbädern (Freibäder) sowie in Badeseen (Plattensee) unter (Leiter-)Aufsicht.
Er/ sie ist geprüfte(r) Schwimmer/in. ja nein
- ... unser Sohn/ unsere Tochter sich in **Kleingruppen** von mind. drei Personen **in Städten** ja nein
ggfs. ohne Leiteraufsicht in vorher klar abgegrenzten Bereichen bewegen darf.
- ... unser Sohn/ unsere Tochter an einer **Hike** teilnimmt. ja nein
Eine Hike ist ein mehrtägiges Wanderlager in größerer Entfernung vom Lagerplatz. Täglicher Kontakt mit Leitern ist gewährleistet.
(Wölflinge und) Jungpfadfinder gehen in Leiterbegleitung, Pfadfinder und Rover in Kleingruppen (mögl. 3 Personen).
- ... **Fotos, Dias, Videoaufnahmen** u.ä. aufgenommen und öffentlich (auch Internet) gezeigt werden dürfen.
- ... unser Sohn/ unsere Tochter **auf unsere Kosten vorzeitig nach Hause** geschickt werden kann, wenn dies aus disziplinarischen, medizinischen oder anderen Gründen erforderlich ist. Ein Leiter kann dabei wahrscheinlich nicht abgestellt werden.

Wir – bzw. die von uns bevollmächtigten Vertreter – sind unter folgender (**Ferien-)**Anschrift zu erreichen:

Hotel/ Pension/ Campingplatz Land/ Ort Telefon (Ausl.vorw. – Vorwahl – Nummer)

Name (ggfs. der bevollm. Vertreter) Str. Nr. Land, PLZ, Ort

Telefon Handy eMail

Gesundheitshinweise:

Krankenversicherung: _____ gesetzlich versichert privat versichert
(Auslands-Krankenschein für Ungarn, Österreich/ Chip-Karte/ Unterlagen einer Zusatzversicherung werden abgegeben)

Besondere Auffälligkeiten: AD(H)S Asthma Bettnässer Brille/ Linsen Heuschnupfen Zahnsperre

Allergie gegen _____ weitere Auff.: _____

Therapie für _____, Name u. Telefon des Therapeuten: _____

Medikamente, die regelmäßig bzw. bei Bedarf eingenommen werden müssen (auch Hormonpräparate), bitte eintragen:

Wir, die Erziehungsberechtigten, genehmigen, dass die Medikamente auch von medizinisch nicht ausgebildeten Leitern verabreicht werden dürfen. Ein Arzt ist im Lager nicht anwesend, aber in den nahegelegenen Städten erreichbar. (Dieser Hinweis erfolgt aus rechtlichen Gründen.)

Name: _____ Name: _____ Name: _____

Dosierung: _____ Dosierung: _____ Dosierung: _____

Medikamente in ausreichender Anzahl mitführen; jeder ist für die regelmäßige Einnahme – sofern nicht zur Aufbewahrung abgegeben – selbst verantwortlich.

Folgende **Impfungen** wurden aufgefrischt am ...

Tetanus _____ Polio _____ Zecken _____ Hepatitis _____

Der **Impfpass** wird (ggfs. als gut lesbare Kopie) beigelegt.

Unser Sohn/ unsere Tochter hat/ hatte folgende **Erkrankungen**:

Diphtherie Hepatitis HIV Keuchhusten Masern Mumps Scharlach Windpocken

Infektionskrankheiten der vergangenen 8 Wochen: ja nein wenn ja, welche? _____

Wir bestätigen die Richtig- und Vollständigkeit aller gemachten Angaben und fühlen uns hinreichend informiert.

Viersen, den _____

Unterschrift der Eltern/ gesetzlichen Vertreter