



Bitte diesen Gesundheitsbogen zur Gepäckabgabe vollständig ausgefüllt mitbringen!

Teilnehmerdaten:

Vorname: _____ Nachname: _____ **Geb:** _____
 Straße: _____ **Tel:** _____
 PLZ / Ort: _____ **Stufe:** _____

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

1. ... unser Sohn/ unsere Tochter **schwimmen** gehen darf. ja nein
Vorgesehen ist das Schwimmen in Schwimmbädern (Freibädern) oder Seen/Flüssen unter (Leiter-)Aufsicht.
 Er/ sie ist geprüfte(r) Schwimmer/in.
2. ... unser Sohn/ unsere Tochter an **Kanutouren** auf Flüssen und Seen teilnehmen darf. ja nein
3. ... unser Sohn/ unsere Tochter sich in **Kleingruppen** von mind. drei Personen **in Städten** ja nein
ggfs. ohne Leiteraufsicht (ab Juffi) in vorher klar abgegrenzten Bereichen bewegen darf.
4. ... unser Sohn/ unsere Tochter an **Wanderungen im Gelände** teilnehmen darf. ja nein
5. ... unser Sohn/ unsere Tochter an einer **Mehrtageswanderung/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).
6. ... **Fotos, Videoaufnahmen** u.ä. aufgenommen und öffentlich (auch Internet/Social Media) gezeigt werden dürfen.
7. ... 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 **Rufnummer** zu erreichen:

Notfallnummer (Handy): _____ oder _____

Ernährung: Standardkost vegetarisch vegan* _____

* bei Veganern und / oder sonstigen die Ernährung betreffende Besonderheiten bitten wir um Rücksprache mit Christoph Peters 0151/24054502.

Gesundheitshinweise:

Krankenversicherung: (Karte abgeben!) _____ gesetzlich privat Beihilfe?

Versicherungsnummer: _____ private Zusatzvers.? Auslandsvers.?

Hausarzt (Name und Adresse): _____

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

Medikamentenallergien: ja nein wenn ja, welche? _____

sonstige Allergien: ja nein wenn ja, welche? _____

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 durchgehend anwesend, aber in den nahegelegenen Städten erreichbar. (Dieser Hinweis erfolgt aus rechtlichen Gründen.)

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

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

Impfausweis wird (ggfs. als gut lesbare Kopie) beigelegt. Grundimpfschutz (v.a. Tetanus) besteht

Vorerkrankungen/Operationen: 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