

Medizinische Angaben der Teilnehmerin/des Teilnehmers



Liebe Eltern

Wir hoffen auf ein tolles und unfallfreies Lager. Für den Notfall möchten wir jedoch gewappnet sein und bitten Sie deshalb, das folgende Formular auszufüllen. Die Angaben auf diesem Blatt helfen uns, während des Lagers richtig zu reagieren. Die Informationen werden vertraulich behandelt und werden von der Lagerleitung verwahrt.

*Bitte dieses Formular unbedingt zusammen mit einer **Kopie des Impfausweises** und einer **Kopie der Krankenversicherungskarte** der Lageranmeldung beilegen!*

Personalien des Lagerteilnehmers/der Lagerteilnehmerin

Name: _____
Adresse: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse + Telefonnummer der Eltern während des Sommerlagers (oder zu benachrichtigende Person)
Adresse: _____
Telefonnummer: _____

Hausarzt

Name: _____
Adresse: _____
Telefon Praxis: _____

Krankenkasse: _____

Unfallversicherungen: _____

Bekannte **Allergien** (Heuschnupfen, Sonnen-, Bienenstich-, etc.):

Medikamente, die während des Lagers eingenommen werden müssen:

Besondere Hinweise an die **Küche** (Vegetarier, Nahrungsmittelallergien, ...):

Gibt es sonst **Spezielles** zu beachten?

Bitte informieren Sie die Lagerleitung, falls auf etwas Spezielles geachtet werden muss!

Dies ist unsere Einwilligung an die Leitung, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im äussersten Notfall, ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen.

Ort, Datum:

Unterschrift der Eltern: