Anmeldeblatt

Pfingstlager Pfadi 2024

Pfadi Rothenburg

Über mich.

**PERSONALIEN.**

Pfadinamen

Vorname Name

Strasse PLZ | Ort

Telefon Geburtsdatum

Für alle Fälle.

**KONTAKTADRESSE FÜR NOTFÄLLE.**

Vorname Name

Strasse PLZ/Ort

Land

Telefon Mobile

**Versicherung.**

Für den Arzt.

Krankenkasse Unfallversicherung

Versicherten-Nr. Adresse

**Hausarzt.**

Name Telefon Praxis

Strasse PLZ | Ort

**GESUNDHEITSZUSTAND.**

Allergien/Krankheiten

Bemerkungen

Regelmässig einzunehmende Medikamente:

Müssen diese von der Leitung verabreicht werden?

**Allgemeine Abgabe von Medikamenten aus der Lagerapotheke:**

* Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin / dem Teilnehmer unter Berücksichtigung allfälliger Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B Schmerzmittel) selbständig verabreichen
* Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin / dem Teilnehmer ohne Rücksprache keine rezeptfreien Medikamente verabreichen. Ich bin / wir sind erreichbar unter der Nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allgemeines.**

Gut zu wissen.

Hinweise an die Küche (VegetarierIn, Nahrungsmittelallergien, …)

Bemerkungen und Empfehlungen

Briefkasten.

**AN DAS LEITUNGSTEAM.**

Anregungen, Wünsche, …

* Die Teilnehmenden sind nicht gegen Unfall und Krankheit versichert. Die Teilnehmenden sind für die nötigen Versicherungen selbst verantwortlich.

Wichtig.

* Die Angaben werden vertraulich behandelt. Nur das Leitungsteam hat Einblick in diese Unterlagen. Es dient bei allfälligen Erkrankungen/Unfällen während dem Pfila der raschen Entscheidung über die zu treffenden Massnahmen.

Ort, Datum Unterschrift

|  |
| --- |
| Bei sportlichen Einschränkungen (kürzliche Verletzungen, Asthma, …) bitte Kontakt mit der Lagerleitung aufnehmen 🡪 (Dobby Marc Stalder 🡪 stalder.pfadi@gmail.com) |