



**Stamm Vaganten
- Aurich -**

Anmeldung Pfingstlager 2022

Hiermit melde ich/wir folgende Person:

Name	Geburtsdatum

verbindlich für das Pfingstlager vom 04.06.2022 – 06.06.2022 nach Großheide an. Den Fahrtenbeitrag in Höhe von 20 € werde ich/wir auf das folgende Stammeskonto überweisen:

IBAN: DE 21 2835 0000 0145 5049 24

BIC: BRLADE21ANO

Begünstigter: Bund der Pfadfinderinnen und Pfadfinder e. V. Stamm Vaganten Aurich

Verwendungszweck: Pfingstlager 2022

Die anzumeldende Person:

Ernährt sich Vegetarisch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ernährt sich Vegan	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist Schwimmer	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Einverständniserklärung des/der Erziehungsberechtigten:

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind

- unter Aufsicht baden darf.
- an einer gemeinsamen Radtour teilnehmen darf.
- teilweise unter Aufsicht Minderjähriger steht.
- im Krankheitsfall in ärztliche Behandlung gegeben wird.
- bei grobem, vorsätzlichen Fehlverhalten auf eigene Kosten nach Hause befördert wird.

Angaben zur Person des/der gesetzlichen Vertreter(s)

Name:

Adresse:

Während der Fahrt erreichbar

unter folgender Telefonnummer:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift



Stamm Vaganten
- Aurich -

Gesundheitsfragebogen

Name, Vorname	Geburtsdatum	Stamm
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße & Nr.		PLZ, Ort
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Schutzimpfungen (bitte Datum angeben)		
Tetanus <input type="text"/> (nicht älter als 4 Jahre) / Hepatitis A <input type="text"/> / Hepatitis B <input type="text"/> / Diphtherie <input type="text"/>		
<input type="text"/> / Masern <input type="text"/> / Mumps <input type="text"/> / Röteln <input type="text"/> / COVID-19 <input type="text"/>		
Bekannte Vorerkrankungen		
<input type="text"/>		
Allergien (insbesondere gegen Insekten, Medikamente, Lebensmittel, Pollen, Gräser usw.)		
<input type="text"/>		
Mein / Unser Kind bekommt als Dauermedikation:		
<input type="text"/>		
Mein / Unser Kind bekommt als Bedarfsmedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen:		
<input type="text"/>		
Bei meinem / unserem Kind ist auf folgendes zu achten (Einschränkungen etc.)		
<input type="text"/>		
Glaubenszugehörigkeit (optional)	Einschränkungen in der Behandlung	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Krankenkasse	Kassenummer	Versichertennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versichert über	Status	Versichertenkarte gültig bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf

Vorname, Nachname	Geburtsdatum	Funktion
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen/ Unfällen entscheidet der behandelnde Arzt vor Ort.

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf /dürfen nur die Erziehungs- / Sorgeberechtigten über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen.

Es besteht derzeit keine akute / ansteckende Erkrankung.

Ich bin / Wir sind (jederzeit) wie folgt zu erreichen:

Vorname, Nachname	Telefon (Festnetz)	Mobiltelefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Vorname, Nachname	Telefon (Festnetz)	Mobiltelefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
<input type="text"/>		<input type="text"/>

Im Falle der Unterschrift nur eines Erziehungs-/ Sorgeberechtigten versichert dieser an Eides statt, dass der andere Erziehungs-/Sorgeberechtigte ebenfalls diesem zustimmt. Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass die persönlichen und Behandlungsdaten zum Zwecke der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht!

Krankenversicherungskarte und Impfausweis werden mitgeführt.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungs- / Sorgeberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungs- / Sorgeberechtigten