

Kontakt- und Gesundheitsbogen

Bitte füllen Sie ihn zusammen mit Ihrem Kind aus!

Name der Veranstaltung: **Sommerlager 2024**

Stamm St. Agatha Dorsten
deutsche pfadfinderschaft sankt georg



1. Personalien und Adressen

BITTE AUSGEFÜLLT ZUM
ELTERNABEND (12.06.2024)
MITBRINGEN

Teilnehmername:

Geburtstag:

Str., PLZ, Ort:

Stufe im SoLa:

Mitglied im Stamm St. Agatha , im Stamm St. Johannes

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind an obiger Veranstaltung teilnimmt:

Ja / Nein

In Notfällen oder besonderen Situationen sind folgende Personen zu informieren:

Erziehungsberechtigte

Ersatz-Kontakt (z. B. Großeltern, Geschwister)

Erziehungsberechtigte		Ersatz-Kontakt (z. B. Großeltern, Geschwister)	
	Name		
	Straße		
	PLZ, Ort		
	Tel.: Privat		
	Tel.: Dienstlich		
	Mobil		
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Aufnahme in die	WhatsApp-	Sommerlagergruppe
		E-Mail	

2. Persönliche Befugnisse und Einschränkungen

a) Mein Kind ist Nichtschwimmer Schwimmer mit diesem Schwimmbzeichen:

b) Mein Kind darf in einer geschlossenen Badeanstalt oder an einem durch eine Schwimmaufsicht beaufsichtigten See/Strand/Fluss baden:

Ja Nein

c) Mein Kind darf auf stehendem/fließendem Gewässer im Kanu/Boot fahren:

Ja Nein

d) Mein Kind ist Vegetarier Veganer:

Nein

e) Mein Kind darf tagsüber ohne Begleitung eines Leiters, aber in Gruppen von mindestens drei Teilnehmern den Veranstaltungsort für z. B. ein Stadtspiel, eine Stadterkundung o. ä. verlassen:

Ja Nein

f) Mein Kind darf in einem Privat-PKW oder Transporter mitfahren, z. B. zum Einkaufen:

Ja Nein

g) Ich habe mein Kind darauf hingewiesen, den Anweisungen der Leiter zu folgen:

Ja Nein

h) Mir ist bekannt, dass mein Kind vorzeitig nach Hause geschickt werden kann, wenn durch sein Verhalten bzw. meine fehlenden fahrlässigen oder unterlassenen Informationen bzw. bewusste Fehlinformationen (z. B. Läuse) meinerseits den ordnungsgemäßen Ablauf der Maßnahme gefährden. In diesem Fall sind alle anfallenden Kosten, inkl. begleitenden Leiter von mir unverzüglich zu erstatten:

Ja Nein

i) Wünsche oder Hinweise besonderer Art:

j) Bei meinem Kind sind besondere Auffälligkeiten zu beobachten (z. B. Bettnässen wichtig!, Schlafwandeln, ADHS, o. a.):

bitte hier heraustrennen und beim Gruppenleiter abgeben

3. Angaben zur Krankenkasse und Hausarzt

Krankenkasse		Hausarzt
	Name	
	Straße	
	PLZ, Ort	
	Telefon	
	ggf. Mobil	
	Faxnummer	
	Vers.-Nr.	

4. Angaben zur Gesundheit meines Kindes

- a) Mein Kind darf selbstmitgebrachte Medikamente eigenständig einnehmen: Ja Nein
- aa) Fallen die ggf. selbstmitgebrachten Medikamente unter das Betäubungsmittelgesetz (BTM): Ja Nein
- ab) Sind diese Medikamente verschreibungspflichtig? Ja Nein
- ac) Evtl. notwendige ärztliche Bescheinigungen habe ich beigelegt: Ja Nein
- b) Ich erlaube die Verabreichung von frei verkäuflichen (z. B. Immodium, Hustensaft, Ibuprofen, Ceterizin) bzw. homöopathischen Medikamenten und Salben gemäß der Packungsbeilage. Ja Nein
- c) Mein Kind benötigt zur Zeit folgende(s) Medikament(e) - Dosierung und Verabreichungshinweise liegen bei und sind meinem Kind bekannt: Ja Nein
- d) Mein Kind hat diese bestehenden / akuten / chronischen Krankheiten / Allergien oder andere Besonderheiten, wie z. B. Asthma, Diabetes, Epilepsie (Fallsucht), Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Trommelfellschäden, Herzfehler, psychische Erkrankungen. Wenn ja, welche? keine
- e) Gibt es allergische Reaktionen auf Insektenstiche? Welche? Ja Nein
- f) Liegt eine aktuell gültige Tetanus-Impfung vor? Ja Nein
- g) Liegt eine aktuell gültige FSME (Zecken) Impfung vor? Ja Nein
- h) Dürfen Zecken von einem Leiter entfernt, desinfiziert & mit Soventol/Fenistil behandelt werden? Ja Nein
- i) Ich nehme zur Kenntnis, dass ärztliche Maßnahmen wie lebensrettende operative Eingriffe oder Schutzimpfungen, die vom hinzugezogenen Arzt für dringend erforderlich erachtet werden, bei meinem Kind vorgenommen werden.
- j) Ich erkläre, dass mein Kind nach meinem Wissen frei von ansteckenden Krankheiten ist.
- k) Ich versichere, dass mein Kind vor der Abfahrt frei von Läusen/Nissen sein wird, andernfalls bleibt es Zuhause.
- l) Sonstige wichtige medizinische oder andere Hinweise, die mein Kind betreffen (ggf. zusätzl. Blatt beifügen)

Ort, Datum, Unterschrift sämtlicher Erziehungsberechtigter