|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anmeldetalon und Notfallinformations-Blatt**  Für das Sola, vom 4. Juli 2015 bis 11. Juli 2015 | | **vertraulich**  (wenn ausgefüllt) |
| Die Angaben auf diesem Informationsblatt dienen der Lagerleitung bei allfälligen unvorhergesehenen Vorkommnissen während des Lagers. Die Lagerleitung verpflichtet sich, diese Angaben vertraulich zu behandeln. Das Informationsblatt wird nach dem Lager vernichtet.  **Achtung:** Die Teilnehmenden sind für die nötige Versicherungen (Unfall, Krankheit, etc.) selbst verantwortlich;  Die Pfadi lehnt jede Haftung ab. | | |
| **Diesem Notfallinformations-Blatt ist eine aktuelle Kopie des Impfausweises beizulegen.** | | |
| **Personalien** | | |
| Nachname | | |
| Vorname | Vulgo | |
| Geburtsdatum | Fähnli / Gruppe | |
| Adresse | | |
| PLZ / Ort | Bürgerort | |
| Telefon | Mobiltelefon | |
| Religion/Konfession  kath.  prot.  ........................................ | | |
| Vor- und Nachname des/der Inhabers/-in der elterlichen Sorge | | |
| **Kontaktadresse für Notfälle während dem Lager (falls möglich in der Schweiz)** | | |
| Name / Bezeichnung | | |
| Adresse | | |
| PLZ / Ort | Land | |
| Telefon | Mobiltelefon | |
| **Private Versicherung** | | |
| Krankenkasse | Versicherten-Nr. | |
| **Hausarzt** | | |
| Vor- und Nachname | Telefon | |
| **Gesundheitszustand und Medikamente** | | |
| Regelmässig einzunehmende Medikamente: Bezeichnung, Dosierung, Einnahmevorschrift, etc. | | |
| Sollen die Medikamente durch die Lagerleitung verabreicht werden:  ja  nein | | |
| Bemerkungen zum Gesundheitszustand (z.B. nachwirkende Krankheiten und Unfälle, Operationen, Allergien, etc.) | | |
| **Allgemeines** | | |
| Kann der/die Teilnehmer/in schwimmen:  ja  nein | | |
| Hinweise für die Küche (Vegetarier, Nahrungsmittelallergien, etc.) | | |
| Bemerkungen und Empfehlungen (Heimweh, Bettnässen, etc.) | | |
| **Dies ist meine Einwilligung an die Leitung, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im äussersten Notfall, ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen.** | | |
| Ort, Datum und Unterschrift des/der Inhabers/-in der elterlichen Sorge | | |
| **Diesem Notfallinformations-Blatt ist eine aktuelle Kopie des Impfausweises beizulegen.** | | |