

## 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 von der Lagerleitung verwahrt. Nur die wichtigen Daten werden für die Anmeldung bei der Rega weitergeleitet. Des Weiteren ist anzumerken, dass die Versicherung Sache der Teilnehmer ist.

Alle Teilnehmenden werden online in einer Mitgliederdatenbank erfasst und verwaltet. Die Personendaten werden durch die Schar aktualisiert und z.B. für Versände verwendet. Bei Vorbehalten oder Fragen zur Erfassung der Personendaten wenden Sie sich bitte an die Lagerleitung. Zudem möchten wir sie darüber informieren, dass im Sommerlager Bilder gemacht werden und auf unserer Homepage oder für Flyer sowie für ein Fotobuch verwendet werden. Falls sie nicht möchten, dass Ihr Kind auf den Bildern ist, bitten wir Sie uns zu informieren.

Der Schutz von persönlichen Daten ist Jungwacht Blauring Schweiz besonders wichtig. In ihrer Datenschutzerklärung wird erklärt, wie mit persönlichen Daten, wie z.B. der E-Mail-Adresse und Geburtsdatum, umgegangen wird: [www.jubla.ch/datenschutz](http://www.jubla.ch/datenschutz). Für die Kenntnisnahme möchten wir uns herzlich bedanken. Bei Fragen und Unklarheiten können Sie sich ungeniert bei uns melden.

**Bitte dieses Formular unbedingt zusammen mit einer Kopie des Impfausweises und einer Kopie der Krankenversicherungskarte an uns senden!**

*Haben Sie schon ein Notfallblatt fürs PfiLa ausgefüllt, so müssen Sie dieses nicht mehr abgeben. Bei Abweichungen der Kontaktpersonen oder Änderungen in der Zwischenzeit bitten wir Sie jedoch um Benachrichtigung.*

### Personalien des Lagerteilnehmers/der Lagerteilnehmerin

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse + Telefonnummer der Eltern während des Pfingstlagers/Sommerlager  
(oder zu benachrichtigende Person)

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon Praxis: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Unfallversicherung: \_\_\_\_\_

**AHV-Nummer:** \_\_\_\_\_

**Allergien** (Bitte ankreuzen):

Heuschnupfen  Bienenstichallergie  Asthma  Nahrungsmittelallergie (bitte unten ausführen)

Weitere Allergien: \_\_\_\_\_

**Medikamente**, die während des Lagers eingenommen werden müssen:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

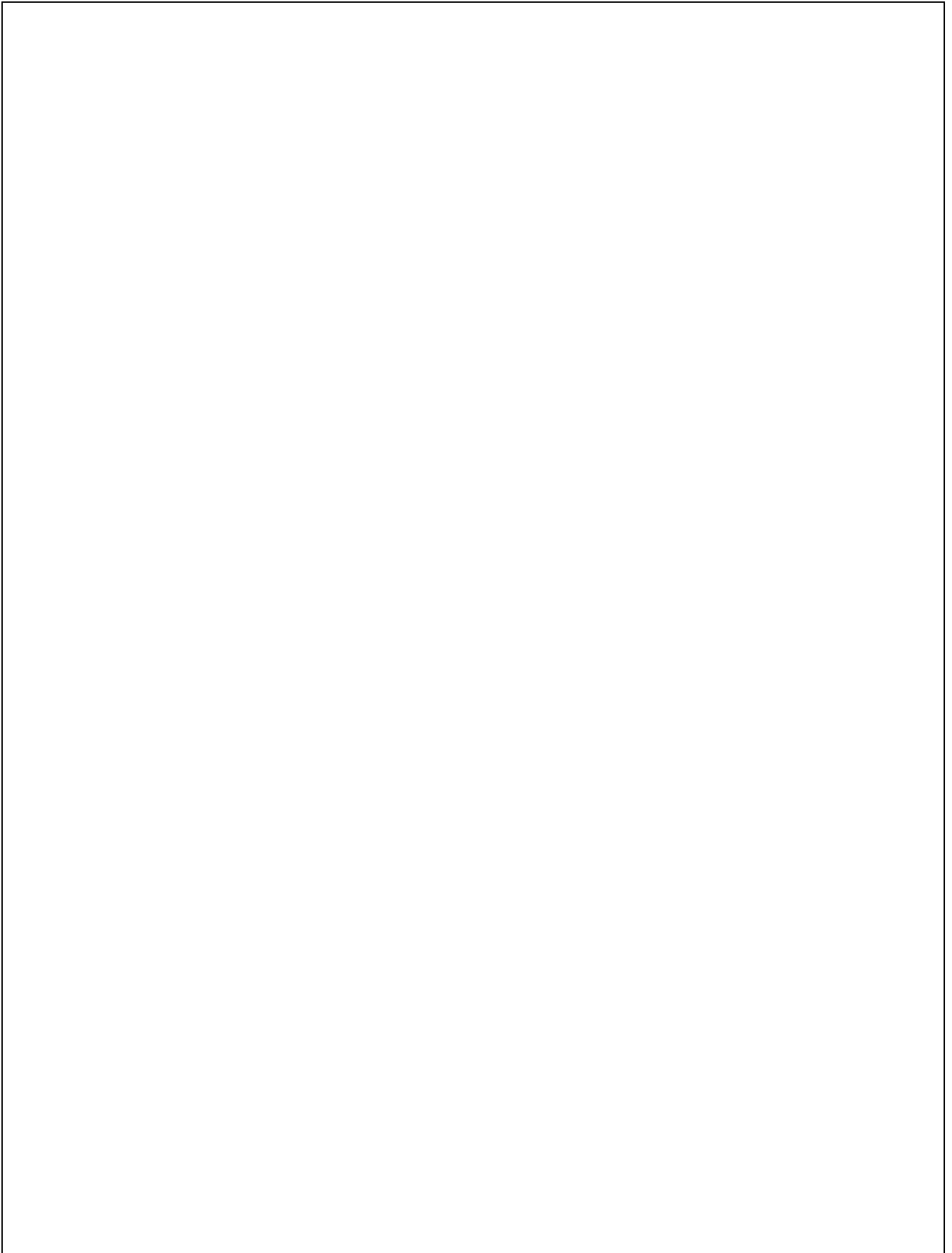
Gibt es sonst **Spezielles** zu beachten?

\_\_\_\_\_

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

**Kopie der Krankenkassenkarte:**

**Kopie des Impfausweises:**



**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: