

Notfallinformationsblatt

Die Angaben auf diesem **Informationsblatt** dienen der Lagerleitung bei allfälligen unvorhersehbaren Vorkommnissen während des Lagers. Die Lagerleitung verpflichtet sich, diese Angaben **vertraulich** zu behandeln. Das Informationsblatt wird nach dem Lager vernichtet. Bitte spätestens zwei Wochen vor Lagerbeginn als **definitive Lageranmeldung** retournieren.

Die Teilnehmenden sind durch die Pfadi nicht gegen Unfall und Krankheit versichert; die Pfadi lehnt jede Haftung ab. Die Teilnehmenden sind für die nötigen **Versicherungen** selbst verantwortlich.

Dem Informationsblatt ist zwingend eine aktuelle Kopie des **Impfausweises** beizulegen.

→ weitere **Dokumente**: www.pfadi-grenchen.ch/abteilung/dokumente

Angaben zur Person

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Name _____

Geschlecht männlich / weiblich

Pfadiname _____

Allergiker ja / nein

Religion _____

Schwimmer ja / nein

Strasse _____

Email _____

Ort _____

Telefon _____

Heimatort _____

Handy _____

Angaben zur Kontaktierung im Notfall

Vorname _____

Name _____

Strasse _____

Email _____

Land, Ort _____

Telefon _____

Handy _____

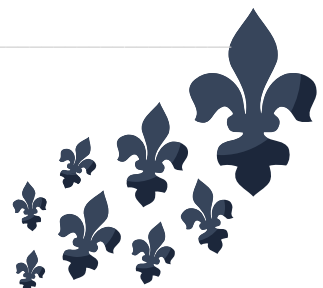
Angaben zur privaten Versicherung

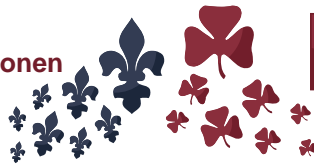
Krankenkasse _____

Vers.-Nr. _____

Rega-Gönner ja / nein

Ausweis-Nr. _____





Angaben zum Hausarzt

Vorname _____

Name _____

Strasse _____

Email _____

Ort _____

Telefon _____

Handy _____

Angaben zum Gesundheitszustand

Gewicht _____

Verabreichung selbständig / Lagerleitung

Regelmässig einzunehmende Medikamente *

** Bezeichnung, Dosierung, Einnahmевorschrift*

Angaben zu Schwimmkenntnissen

Selbsteinschätzung *

Nichtschwimmer

Fortgeschritten (bis 300m)

Anfänger

Könnler (bis 1000m)

** Fähigkeiten sollten nicht überschätzt werden*

Angaben zum Inhaber der elterlichen Gewalt

Vorname _____

Name _____

Allergien & weitere Bemerkungen *

** nachwirkende Krankheiten & Unfälle, Operationen, Hinweise an Küche, Heimweh, Bettnässen, etc.*

Unterschrift der Eltern

Dies ist meine Einwilligung an die Leitung, die nötigen Schritte für **medizinische Behandlung**, im äussersten Notfall, ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen.

Ort / Datum

Unterschrift

