



Seepfadfindergruppe S.M.S. NOVARA



Sommerlager 2024 (Seepfadis)

- Beginn:** Samstag, 07.07.2024, 09:00 Uhr
Pfadfiheim (Floridusgasse 15/Top1, 1210 Wien)
- n e Samstag, 14.07.2024, 15:30 Uhr
Pfadfiheim (Floridusgasse 15/Top1, 1210 Wien)
- Wo geht's hin:** **Aktiv Camp Purgstall (Augasse 8, 3251 Purgstall an der Erlauf)**
- Kosten:** € 300,00 (Vormalpreis bei Anmeldung bis 01.04.2024)
€ 330,00 (Nachanmeldung bis 2.05.2024)
davon sind € 100,00 als **Anzahlung** beim Anmeldegespräch in bar zu bezahlen und der Restbetrag bis 30.06.2024 zu überweisen
- Kontodaten:** Inhaber: Seepfadfindergruppe S.M.S. Novara/W91
IBAN: AT28 2011 1839 3212 2800
Verwendungszweck: SoLa 2024 + Name des Mitgliedes
- Anmeldung:** Anmeldung NUR persönlich mit ausgefülltem Anmelde- und Gesundheitsbogen und einem Anmeldegespräch mit der Stufenleitung und der Anzahlung von €100,00 in bar möglich
- Ausrüstung:** eine detaillierte Packliste für jede Stufe befindet sich auf unserer Homepage www.seepfadfinder.at (kurzfristige Änderungen möglich)

Die e-Card bitte bei der Abfahrt bei der Stufenleitung abgeben!

Die Seepfadfindergruppe
Sanni, Felix, Marlies & Conny

Anmelde- und Gesundheitsbogen Sommerlager 2024

Lagerteilnehmer_in

Name:			Stufe:	
Geburtsdatum:		Tel.Nr.		
Adresse:				
Krankenkasse		SV-Nr.		Blutgruppe

Mitversichert bei:

Name:			
Krankenkasse		SV-Nr.	

Notfallkontakt

Folgende Angehörige/Kontaktpersonen sind während des Lagers erreichbar und berechtigt, allenfalls notwendige Entscheidungen zu treffen oder Maßnahmen zu setzen:

Kontakt 1

Name:			
Adresse:			
Tel.Nr.		Verwandtschaftsgrad:	

Kontakt 2

Name:			
Adresse:			
Tel.Nr.		Verwandtschaftsgrad:	

Anmeldebogen

Name: _____

Transport

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nimmt an Hinfahrt teil | <input type="checkbox"/> Rückfahrt durch Abholung durch die Leiter_innen |
| <input type="checkbox"/> Wird ins Lager gebracht
Datum/Uhrzeit: _____ | <input type="checkbox"/> Wird vom Lager geholt
Datum/Uhrzeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Darf im Bedarfsfall in privaten Fahrzeugen der Leiter_innen mitfahren | |
| <input type="checkbox"/> Wird beim Auto-/Autobus-Fahren leicht schlecht | |

Schwimmen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Geübte_r Schwimmer_in | <input type="checkbox"/> Ungeübte_r Schwimmer_in |
| <input type="checkbox"/> Nichtschwimmer_in
(darf in Begleitung ins seichte Wasser) | <input type="checkbox"/> Nichtschwimmer_in
(darf nicht ins Wasser) |

Essen

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vegetarier_in | <input type="checkbox"/> Veganer_in |
| <input type="checkbox"/> Besondere Bedürfnisse: _____ | |

Sonstige Anmerkungen

Krankengeschichte

Krankheiten in letzter Zeit		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche:			
Verletzungen/Operationen in letzter Zeit		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche:			
Chronische Krankheiten		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche:			
Psychische Krankheiten (ADHS, Panikattacken, ...)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche:			
Krankheiten/Beschwerden			
Herz-/Kreislauf (Atemnot bei Anstrengung, Bluthochdruck, ...)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Atemorgane (Asthma, Lungenentzündung, ...)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen/Darm/Galle/Leber/Verdauungsstörungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Harnwege		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige (Kopfschmerzen/Migräne, Nasenbluten, Schwindel, ...)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Allergien & Unverträglichkeiten

Lebensmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	gegen
Pollen/Gräser	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	gegen
Insekten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	gegen
Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	gegen
Sonstiges	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	gegen

Impfungen

<input type="checkbox"/> FSME (Zecken)	Jahr:
<input type="checkbox"/> Tetanus (Wundstarrkrampf)	Jahr:
<input type="checkbox"/> COVID-19 (Corona)	Jahr:

Weitere Angaben

<input type="checkbox"/> Angst im Dunklen	<input type="checkbox"/> Angst bei/vor: _____
<input type="checkbox"/> Brillenträger_in oder Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> Bettnässer_in
<input type="checkbox"/> Wetterfühlilig	<input type="checkbox"/> Sonnenempfindlich
<input type="checkbox"/> Besondere Rücksichtnahme notwendig bei:	

Medikamente

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten am Lager notwendig (genaue Beschreibung + Einnahme/Dosierungsanleitung siehe Medikamentenblatt Seite 2)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diese Medikamente übergebe ich bei Lagerbeginn dem Leitungsteam	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Kind verwahrt und nimmt die Medikamente selbständig ein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Kind benötigt Hilfe bei der Einnahme, Erinnerung, Kühlung.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Kind darf Medikamente aus der Lagerapotheke laut Medikamentenblatt Seite 1 bekommen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Einwilligung Operation

Sollte eine dringende Operation notwendig sein, bin ich – sollte ich telefonisch nicht erreichbar sein – mit dieser Operation sowie einer damit eventuell verbundenen Narkose oder Bluttransfusion		<input type="checkbox"/> einverstanden	<input type="checkbox"/> nicht einverstanden
Anmerkungen:			

Erklärung

Name: _____

Erklärung

Ich, der/die Erziehungsberechtigte bzw. volljährige Lagerteilnehmer_in erkläre, dass der/die Lagerteilnehmer_in

- Keine für Ferienlager oder Jugenderholungsheime meldepflichtige Erkrankungen (Masern, Mumps, Röteln, Schafblattern, Covid) oder sonst meldepflichtige Erkrankungen hat
- Sich in keinem für sich oder die anderen Lagerteilnehmer_innen gesundheitlich bedenklichen Zustand befindet,
- Für den längeren Aufenthalt im Freien die erforderliche Gesundheit besitzt

und, dass ich das Anmeldeblatt und das Medikamentenblatt nach bestem Wissen ausgefüllt habe.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Haftung seitens der Lagerleitung und der Leiter_innen bezüglich jeglicher Folgen für mein Kind oder für andere Personen, aufgrund von fehlender oder unkorrekter Angaben ausgeschlossen ist.

Die oben angegebenen Daten werden vertraulich behandelt.

Der Lagerordnung stimme ich zu und werde mein Kind in diesem Sinne informieren. Ich werde für alle Schäden aufkommen, die durch sein/ihr disziplinarwidriges bzw. mutwilliges oder fahrlässiges Verhalten entstehen.

Ich nehme auch zur Kenntnis, sollte mein Kind den Anweisungen der Lagerleitung oder der Leiter_innen nicht Folge leisten oder einen groben Verstoß gegen die Lagerordnung setzen, ich die Kosten der unverzüglichen Heimreise meines Kindes zuzüglich einer Begleitperson zu tragen habe oder das Kind sofort vom Lager abhole bzw. abholen lasse.

Ich nehme zur Kenntnis, dass bei der Anmeldung die Anzahlung in BAR zu leisten ist. Bei Nichtteilnahme kann diese als Stornogebühr einbehalten werden. Sollten zwischen Anmeldung und Lagerantritt disziplinäre Verfehlungen auftreten, kann die Lagerteilnahme verwehrt und die Anzahlung ebenfalls einbehalten werden.

Datum

Name

Unterschrift

Medikamentenblatt Seite 1

Name:	
Geburtsdatum:	

Mein Kind darf folgende rezeptfreie Arzneimittel aus der Lagerapotheke erhalten
Zutreffendes bitte auswählen

Hals- und Rachenschmerzen

Juckreiz (zB Insektenstiche)

Wundversorgung

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Arzneimittel nach Angaben der zugehörigen Beipackzettel verabreicht werden. Im Zweifelsfall werden die angegebenen Kontaktpersonen kontaktiert oder ärztlicher Rat eingeholt.

Bei aktueller Medikation des Kindes, bitte das Medikamentenblatt Seite 2 ausfüllen.

Datum

Name

Unterschrift

Medikamentenblatt Seite 2

Name:	
Geburtsdatum:	

Bestehende Medikation

Vollständiger Medikamentenname	Dosierung (wann/wie oft)	Kind bewahrt Medikament selbst auf	Kind benötigt Hilfe bei Einnahme	Grund der Verschreibung	Besonderheiten (zB zu erwartende Nebenwirkungen)

Angabe zur Behandlung ev. auftretender Beschwerden (z.B. Migräne)

Art der ev. auftretenden Beschwerden	Behandlung / Medikament	Früherkennung / Vermeidung

Datum

Name

Unterschrift