



Seepfadfindergruppe  
**S.M.S. NOVARA**



## **Sommerlager 2026** **(Seepfadis + Lotsen)**

- Beginn:** Sonntag, 12.07.2026, 08:15 Uhr  
Parkplatz Angelibad (Romaplatz, 1210 Wien)
- Ende:** Sonntag, 19.07.2026, 16:00 Uhr  
Parkplatz Angelibad (Romaplatz, 1210 Wien)
- Wo geht's hin:** Pfadfinder Lagerplatz Kronsegg, Langenlois
- Kosten:** € 300,00 (Normalpreis bis 31.03.2026)  
€ 330,00 (Nachanmeldung bis 26.05.2026)  
davon sind € 100,00 als **Anzahlung** beim Anmeldegespräch in bar zu bezahlen und der Restbetrag bis 28.06.2026 zu überweisen
- Kontodaten:** Inhaber: Seepfadfindergruppe S.M.S. Novara/W91  
IBAN: AT28 2011 1839 3212 2800  
Verwendungszweck: SoLa 2026 + 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
- Wichtige Info:** Für die Sommerlagerteilnahme ist der Elternabend am Sommerfest am 30.05.2026 verpflichtend
- Ausrüstung:** eine detaillierte Packliste für jede Stufe befindet sich auf unserer Homepage [www.seepfadfinder.at](http://www.seepfadfinder.at) (kurzfristige Änderungen möglich)

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

**Die Seepfadfindergruppe**

**Anmelde- und Gesundheitsbogen****Lagerteilnehmer\_in**

<b>Name:</b>		<b>Stufe:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>		<b>Tel.Nr.</b>	
<b>Adresse:</b>			
<b>Krankenkasse</b>		<b>SV-Nr.</b>	
		<b>Blutgruppe</b>	

Mitversichert bei:

<b>Name:</b>			
<b>Krankenkasse</b>		<b>SV-Nr.</b>	

**Notfallkontakt**

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

**Kontakt 1**

<b>Name:</b>			
<b>Adresse:</b>			
<b>Tel.Nr.</b>		<b>Verwandtschaftsgrad:</b>	

**Kontakt 2**

<b>Name:</b>			
<b>Adresse:</b>			
<b>Tel.Nr.</b>		<b>Verwandtschaftsgrad:</b>	

<b>INTERN</b>	<b>Datum:</b>	_____
	<b>Anzahlung:</b>	_____
	<b>Frühbucher:</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<b>Leiter_in:</b>	_____

**Transport**

---

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nimmt an Hinfahrt teil  | <input type="checkbox"/> Nimmt an Rückfahrt teil                       |
| <input type="checkbox"/> Wird ins Lager gebracht<br>Datum/Uhrzeit: _____                       | <input type="checkbox"/> Wird vom Lager geholt<br>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                        |  |
| <input type="checkbox"/> Besitzt ein Top-Jugend-Ticket   |  |

**Schwimmen**

---

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

**Essen**

---

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

**Sonstige Anmerkungen**

---

**Krankengeschichte**

<b>Krankheiten in letzter Zeit</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche:			
<b>Verletzungen/Operationen in letzter Zeit</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche:			
<b>Chronische Krankheiten</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche:			
<b>Psychische Krankheiten (ADHS, Panikattacken..)</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche:			
<b>Krankheiten/Beschwerden</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herz-/Kreislauf (Atemnot bei Anstrengung, Bluthochdruck..)			
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:

## 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**

---

Ich, der/die Erziehungsberechtigte bzw. volljährige Lagerteilnehmer\_in erkläre, dass der/die Lagerteilnehmer\_in

- Keine für Ferienlager oder Jugenderholungsheime meldungspflichtige Erkrankungen (Masern, Mumps, Röteln, Schafblättern..) oder sonst meldepflichte 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:

**Hals- und Rachenschmerzen**

Salzlutschtabletten ☐ ja ☐ nein

**Juckreiz (zB Insektenstiche)**

Euceta ☐ ja ☐ nein

Dermodrin ☐ ja ☐ nein

Kühlspray ☐ ja ☐ nein

**Wundversorgung**

Octenisept Wund-Desinfektion ☐ ja ☐ nein

Zinksalbe (Inotyol) ☐ ja ☐ nein

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 (zB Migräne)

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

\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Name\_\_\_\_\_  
Unterschrift