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

|  |  |
| --- | --- |
| **Personalien** | |
| Pfadiname: |  |
| Name: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | Heimatort: |
| Strasse: | |
| PLZ, Ort: | Telefon: |
| Mobiltelefon: |  |
| Name und Vorname des Inhabers bzw. der Inhaberin der elterlichen Gewalt: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kontaktadresse für Notfälle während des Lagers (falls möglich in der Schweiz):** | |
| Name/Bezeichnung: | Land: |
| Strasse: | PLZ, Ort: |
| Telefon: | Mobiltelefon: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Private Versicherung (Name der Gesellschaft und Versicherungsnummer)** | |
| Krankenkasse: | |
| Gönner der Schweizerischen Rettungsflugwacht: ⬜ Ja ⬜ Nein 🡪 Ausweis-Nr.: | |
| **Hausarzt** | |
| Name: | Vorname: |
| Strasse: | PLZ, Ort: |
| Telefon Praxis: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesundheitszustand** | |
| Gewicht: |  |
| Regelmässig einzunehmende Medikamente (Bezeichnung, Dosierung, Einnahmevorschrift): | |
| Die Medikamente werden bei der Lagerleitung verwaltet. | |
| Bemerkungen zum Gesundheitszustand (z.B. nachwirkende Krankheiten und Unfälle, Operationen, Allergien): | |
| Allgemeine Abgabe von Medikamenten aus der Lagerapotheke durch die Lagerleitung:  ⬜ Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin / dem Teilnehmer unter Berücksichtigung allfälliger Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B. Schmerzmittel) selbständig verabreichen.  ⬜ Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin / dem Teilnehmer ohne Rücksprache keine rezeptfreien Medikamente verabreichen. Ich bin / wir sind erreichbar unter der Nummer:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Bemerkungen zum Gesundheitszustand (z.B. nachwirkende Krankheiten und Unfälle, Operationen, Allergien): | |

|  |
| --- |
| **Allgemeines** |
| Kann die Teilnehmerin bzw. der Teilnehmer schwimmen: ⬜ Ja ⬜ Nein |
| ⬜ Anfänger ⬜ Fortgeschritten (bis 300 m) ⬜ Könner (bis 1000 m) |
| Besondere Hinweise an die Küche (Vegetarier, Nahrungsmittelallergien, …): |
| Bemerkungen und Empfehlungen (Heimweh, Bettnässen, …): |

|  |
| --- |
| **Regaversicherung** |
| Die Teilnehmenden von J+S-Lager können durch das Leitungsteam bei der Rega gemeldet werden und gelten dadurch für die Lagerdauer als Rega-Gönner.  Ich bin einverstanden, dass hierfür Name, Adresse und Geburtsdatum meines Kindes an die Rega weitergegeben werden.  ⬜Ja ⬜Nein |

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: Unterschrift der Eltern:

**Dem Informationsblatt bitte eine aktuelle Kopie des Impfausweises und der Krankenkassenkarte beilegen.**