



Datenbogen 1/2

Personalien und Adresse des Kindes	
Vorname	
Nachname	
Anschrift	
PLZ, Wohnort	
Geburtsdatum	
Gruppenname	

Für den Notfall: Privatadresse und Erreichbarkeit der Erziehungsberechtigten	
NACHNAME	
VORNAME	
STRASSE	
PLZ, WOHNORT	
HANDY	
TELEFON, PRIVAT	
TELEFON, DIENSTL.	

Notfall Ersatz-Erreichbarkeit (z.B. Großeltern)	
NACHNAME	
VORNAME	
STRASSE	
PLZ, WOHNORT	
HANDY	
TELEFON, PRIVAT	
TELEFON, DIENSTL.	

Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind am Sommerlager der Pfadfinder Ostbevern (DPSG St. Ambrosius, Ostbevern) vom 04.08.2018 bis 18.08.2018 in 26897 Esterwegen teilnimmt.

Wir akzeptieren, dass unser Kind vorzeitig nach Hause geschickt werden kann, wenn

- ihr/sein Verhalten oder
- Bewusste Fehlinformation durch die Erziehungsberechtigten oder
- Verschweigen wichtiger Informationen durch die Erziehungsberechtigten

den ordnungsgemäßen Ablauf der Ferienfreizeit gefährdet. In diesem Fall sind alle anfallenden Kosten (auch für den/die begleitende/n BetreuerIn) von uns unverzüglich zu erstatten.

Wenn wir nicht erreichbar sind, dann ist die Ersatzerreichbarkeit (z.B. Großeltern) berechtigt die Aufsichtspflicht zu übernehmen.

Wir sind damit einverstanden, dass Fotos und Filme während des Lagers aufgenommen werden und im Nachhinein an die teilnehmenden Kinder weitergegeben werden und/oder in der Zeitung oder auf der Internetseite und in Druckmedien der Pfadfinder Ostbevern veröffentlicht werden.

Wir versichern, dass der Daten- und „Arztbogen“ gewissenhaft und vollständig ausgefüllt wurde.

Datenbogen 2/2

Vorname: _____ Nachname: _____

Aufsichtspflicht und Ähnliches:	
Unser Kind kann schwimmen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wir erlauben, dass unser Kind am Baden in einer geschlossenen Badeanstalt, an einem durch Rettungsschwimmer beaufsichtigten See/Strand/Fluss oder an einem durch vereinsinterne Rettungsschwimmer beaufsichtigten See/Strand/Fluss teilnimmt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unser Kind ist VegetarierIn.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unser Kind hat eine Nahrungsmittelunverträglichkeit. Wenn ja, welche? _____ Stärke: leichtes Unwohlsein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lebensbedrohlich _____ Stärke: leichtes Unwohlsein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lebensbedrohlich _____ Stärke: leichtes Unwohlsein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lebensbedrohlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, setzen Sie sich bitte zeitnah mit uns in Verbindung, sodass unsere Küche dies bei ihrer Planung berücksichtigen kann.	
Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind tagsüber ohne Begleitung eines Betreuers, aber in Gruppen von mindestens drei Teilnehmenden, den Lagerplatz verlassen darf.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unser Kind darf während des Lagers in Privat-PKW mitfahren.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei unserem Kind sind besondere Auffälligkeiten zu beachten: (Schlafwandeln, Bettnässen, ADS, oder ähnliches). Wenn ja, welche? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ort/Datum

Unterschriften beider Erziehungsberechtigten

„Arztbogen“

Vorname: _____ Nachname: _____

Krankenkasse des Kindes:	
Name der Krankenkasse	
Adresse der Krankenkasse	
Name & Geburtsdatum des Versicherungsnehmers	
Versicherungsnummer	

Hausarzt des Kindes:	
Name des Hausarztes	
Adresse des Hausarztes	
Telefonnummer des Hausarztes	

„Medizinische“ Fragen:	
Unser Kind zeigt ungewöhnliche Reaktionen auf Insektenstiche. Wenn ja, welche? _____ Stärke: leichtes Unwohlsein □□□□□□ lebensbedrohlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unser Kind hat bestehende/akute/chronische Krankheiten, Allergien oder andere Besonderheiten (z.B. Asthma, Diabetes, Herzfehler, etc.). Wenn ja, welche? _____ Stärke: leichtes Unwohlsein □□□□□□ lebensbedrohlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
_____ Stärke: leichtes Unwohlsein □□□□□□ lebensbedrohlich	
Unser Kind benötigt zur Zeit ein/mehrere Medikament/e. Wenn ja, welche? _____ Einnahme: Morgens: _____ Mittags: _____ Abends: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
_____ Einnahme: Morgens: _____ Mittags: _____ Abends: _____	
Unser Kind wird diese(s) Medikament(e) selbstständig einnehmen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Diese(s) Medikament(e) fallen unter das Betäubungsmittelgesetz (BTM). Wenn ja, legen wir die Bescheinigung des Arztes bei.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wir erlauben die Verabreichung von frei verkäuflichen und/oder homöopathischen Medikamenten und Salben lt. Packungsbeilage des Herstellers.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unser Kind ist gegen Tetanus geimpft. Impfdatum: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unser Kind ist gegen FSME (Zecken) geimpft. Impfdatum: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige wichtige medizinische/andere Hinweise. Wenn ja, welche? (ggf. auf einem mit Namen beschrifteten, formlosen Beiblatt ausführen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wir nehmen zur Kenntnis, dass ärztliche Maßnahmen wie lebensrettende Sofortmaßnahmen/operative Eingriffe und/oder Schutzimpfungen, die vom hinzugezogenen Arzt für dringend erforderlich erachtet werden, bei unserem Kind im gegebenen Fall vorgenommen werden.

Wir erklären, dass unser Kind nach unserem Wissen frei von ansteckenden Krankheiten ist, sollte sich dies bis zur Abfahrt ändern, teilen wir das der Lagerleitung umgehend mit.

Ort/Datum

Unterschriften beider Erziehungsberechtigten