

»» DPSG St. Ambrosius, Ostbevern Pfingstlager 2022

Stamm St. Ambrosius Ostbevern
deutsche pfadfinderschaft sankt georg



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 Pfingstlager der Pfadfinder Ostbevern (DPSG St. Ambrosius, Ostbevern) vom 03.06.2022 bis 06.06.2022 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 Betreuer/In) von uns unverzüglich zu erstatten.

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

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

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"/> lebensbedrohlich _____ Stärke: leichtes Unwohlsein <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"/> 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

Stornierungen können nur schriftlich oder per E-Mail entgegengenommen werden. Bei Stornierungen vor dem 06.05.2022 wird der Beitrag voll erstattet. Bei Stornierungen bis zum 19.05.2022 werden 50% des Teilnehmerbeitrags für die entstandenen Unkosten einbehalten. Bei Stornierungen, die ab dem 20.05.2022 eingehen, oder bei Nichtantreten oder vorzeitiger Abreise aus dem Lager finden keine Erstattungen statt. Dem Reisenden oder seinem Vertreter bleibt es in jedem Fall unbenommen, nachzuweisen, dass überhaupt kein oder ein wesentlich niedrigerer Schaden entstanden ist, als die von den Pfadfindern Ostbevern geforderte Entschädigungspauschale.

 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 <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
Unser Kind hat bestehende/akute/chronische Krankheiten, Allergien oder andere Besonderheiten (z.B. Asthma, Diabetes, Herzfehler, etc.). 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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unser Kind benötigt zurzeit 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
Wir erlauben die Durchführung eines CoVID-19-Antigen-Schnelltests oder ggf. eines PCR-Tests durch unser Kind selbst, durch einen Betreuer oder eine Betreuerin oder durch medizinisches Personal während des gesamten Pfingstlager.	<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

Bitte unbedingt auch die Rückseite beachten und Unterschrift leisten!



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