

**RECHTSVERBINDLICHE ANMELDUNG ZUM DPSG DIÖZESANSOMMERUNTERNEHMEN DER PFADFINDERSTUFE  
VOM 05.08. BIS ZUM 21.08.2016 IN BRÜNN, TSCHEDIEN**

Stamm: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Person** bitte mit Schreibmaschine oder in Blockbuchstaben

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ ⇒ über wen versichert (Vater, Mutter, selbst): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ ⇒ Alter zum Zeitpunkt der Abfahrt: \_\_\_\_\_

Personalausweis-Nr.: \_\_\_\_\_

Während des Diözesanunternehmens sind meine Eltern/Erziehungsberechtigten/Angehörigen unter folgender Adresse zu erreichen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Ich bin / Mein Kind ist**

- Pfadi
- Truppsprecher/in
- Leiter/in
- verantwortl. Leiter/in

**Weitere Angaben zur Person** - Zutreffendes bitte ankreuzen:

1. Teilnahme-Beitrag:       normal                       Geschwisterermäßigung                       Leiterbeitrag

2. Ich bin/mein Kind ist                                       Schwimmer/-in                       Nichtschwimmer/-in

3. Ich/mein Kind darf auch ohne Aufsicht schwimmen:                                       ja       nein

4. Ich/mein Kind darf in Kleingruppen ohne Leiter durch die Ortschaft gehen:                                       ja       nein

5. Unbedingt notwendige Anmerkung für die Ernährung: \_\_\_\_\_

6. Ich habe/mein Kind hat folgende Krankheiten gehabt:

Röteln:       ja       nein                      Mumps:       ja       nein                      Keuchhusten:       ja       nein

Masern:       ja       nein                      Diphtherie:       ja       nein                      Windpocken:       ja       nein

Scharlach:       ja       nein                      sonstige: \_\_\_\_\_

7. Ich leide/mein Kind leidet an einer Krankheit:                                       ja       nein

Falls ja, an welcher? \_\_\_\_\_

Diese Krankheit schließt eine Teilnahme an folgenden Aktivitäten aus:

\_\_\_\_\_

8. Ich/mein Kind muss ständig Medikamente einnehmen:       ja       nein

Falls ja, welche und in welchen Zeitabständen? (Bitte Rezept des Arztes vorlegen und ausreichend Medikamente mitgeben!)

\_\_\_\_\_

9. Im Bedarfsfall sind für mein Kind folgende Arzneimittel erlaubt: \_\_\_\_\_

Desinfektionsmittel       Brandsalbe       Salbe gegen Insektenstiche       Kohlecompretten       Arnica

10. Meinem Kind darf von einem erfahrenen Gruppenleiter eine Zecke entfernt werden:       ja       nein

11. Ich reagiere/mein Kind reagiert allergisch auf \_\_\_\_\_

12. Im Falle einer Erkrankung oder Verletzung während des Diözesanunternehmens, gebe ich die Zustimmung zu

ärztlich notwendigen Maßnahmen, also eventuell zu einer Operation!                                       ja       nein

13. Fremdsprachenkenntnisse: \_\_\_\_\_

14. Ich erkläre mich mit der Erstellung von Bildaufnahmen von mir / meinem Kind im Rahmen des Somerlagers sowie zur Verwendung und Veröffentlichung solcher Bildnisse zum Zwecke der öffentlichen Berichterstattung über das Lager einverstanden.

⇒ Ich/Wir bestätigen, dass eine DPSG-Mitgliedschaft vorliegt. Die Reise- und Teilnahmebedingungen habe ich/haben wir aufmerksam durchgelesen und verstanden. Der Anmeldebogen ist vollständig ausgefüllt.

Ort und Datum

Unterschrift **aller** Erziehungsberechtigten (bei Minderjährigen)

Ort und Datum

Unterschrift des Teilnehmers / der Teilnehmerin