

**RECHTSVERBINDLICHE ANMELDUNG ZUM DPSG DIÖZESANSOMMERUNTERNEHMEN DER
JUNGPFADFINDERSTUFE
VOM 21.07. BIS 05.08.2023 IN MALECZ, POLEN**

Stamm: _____

Angaben zur Person bitte 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: _____

Mobil-Nr.: _____ Tel.-Nr.: _____

Ich bin / Mein Kind ist

Jungpfadfinder:in

Kormett/Stufensprecher:in

Leiter:in

verantwortl. Leiter:in

Weitere Angaben zur Person - Zutreffendes bitte ankreuzen:

1. Teilnahme-Beitrag: normal Geschwisterermäßigung Leitendenbeitrag

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 Leitende 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 einer erfahrenen Gruppenleitung 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: _____

⇒ 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 Teilnehmer:in