

Medizinische Angaben der Teilnehmenden

Bitte unbedingt eine **Kopie des Impfausweises** beilegen!

Personalien

Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Angaben der Eltern während des Sommerlagers (oder zu benachrichtigende Person)

Adresse:

Telefonnummer:

Hausarzt

Name:

Adresse:

Telefon Praxis:

Bekannte **Allergien** (Heuschnupfen, Sonnen-, Bienenstich-, etc.)

Medikamente, die während des Lagers eingenommen werden müssen:

Besondere Hinweise an die **Küche** (Vegetarier, Nahrungsmittelallergien, ...)

Gibt es sonst **Spezielles** zu beachten: (Bettnässen, häufige Kopfschmerzen, Heimweh, ...)?

Bitte informieren Sie die Lagermedizin, falls auf irgendetwas Spezielles geachtet werden muss!

COVID-19 (Bitte ankreuzen)

- Ich habe das Schutzkonzept betreffend COVID-19 durchgelesen und bin damit einverstanden.
- Ich werde mein Kind Symptomfrei ins Lager schicken. Falls mein Kind am Abreisetag Symptome hat, werde ich dies der Lagermedizin mitteilen. (Tel. 079 673 73 78)
- Ich werde am Abreisetag einen negativen Covid-19 Test (nicht älter als 48h) vorweisen. (PCR oder Antigen Schnelltest, **ACHTUNG** Selbstteste werden nicht akzeptiert)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, alle **relevanten Angaben gemacht** zu haben und gebe meine **Einwilligung an die Leitung**, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im äussersten Notfall, ohne vorherige Benachrichtigung zu veranlassen.

Ort, Datum:

Unterschrift Eltern:

Versicherung (Haftpflicht & Unfall) ist Sache der Teilnehmer!