

ANMELDUNG

DATEN DES TEILNEHMERS

NAME _____ VORNAME _____
ADRESSE _____ PLZ & ORT _____
GEBURTSDATUM _____

ANGABEN DER ELTERN (KONTAKTPERSON)

NAME _____ VORNAME _____
ADRESSE _____ PLZ & ORT _____
TELEFON PRIVAT _____ HANDYNR. _____
TELEFON GESCHÄFT _____ E-MAIL _____
BEZIEHUNG MUTTER VATER ANDERES: _____

WO UND UNTER WELCHER NUMMER SIND DIE ELTERN WÄHREND DEM LAGER
ERREICHBAR:

VERSICHERUNG

KRANKENKASSE _____ VERSICHERUNG IST SACHE DES
UNFALLVERSICHERUNG _____ TEILNEHMERS!

RÜCKSEITE BEACHTEN! →

MEDIZINISCHE ANGABEN

HAT EUER KIND ALLERGIEN? NEIN JA, WELCHE: _____

MEDIKAMENT: _____ DOSIERUNG: _____

NIMMT EUER KIND REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

NEIN JA, WEGEN: _____

MEDIKAMENT: _____ DOSIERUNG: _____

WEITERE BEMERKUNGEN (ASTHMA, BETTNÄSSEN, ETC.):

NAME UND TELEFONNUMMER DES HAUSARZTES: _____

KANN EUER KIND SCHWIMMEN? NEIN JA

ERNÄHRUNG: NORMAL SPEZIAL:

BITTE LEGT DER ANMELDUNG EINE KOPIE DER KRANKENKASSENKARTE UND DES IMPFAUSWEISES BEI.

DIE MEDIKAMENTE MÜSSEN AN DER **KOFFERABGABE AM MITTWOCH, 1. JULI 2020**, DER LAGERSANITÄT **ABGEGEBEN** WERDEN. FÜR MEDIKAMENTE, WELCHE DIE TEILNEHMER IM EIGENEN GEPÄCK HABEN, SIND SIE SELBSTSTÄNDIG FÜR DIE (REGELMÄSSIGE) EINNAHME VERANTWORTLICH.

BITTE BEZAHLT DEN **BEITRAG FÜRS SOLA VON 240 FRANKEN** (JEDES WEITERE KIND DER FAMILIE: 220.-) BIS ZUM **14. JUNI 2020** EIN. DIE ANMELDUNG IST ERST MIT DER EINZAHLUNG GÜLTIG!

ORT, DATUM _____ UNTERSCHRIFT DER ELTERN _____

MIT DER UNTERSCHRIFT ERKLÄREN SICH DIE ELTERN EINVERSTANDEN, DASS IM LAGER GEMACHTE FOTOS UND VIDEOS ÖFFENTLICH ZUGÄNGLICH GEMACHT WERDEN DÜRFEN. NÄHERE INFORMATIONEN DAZU SIND IM FRIGO ZU FINDEN.

WENN MATERIAL ABSICHTLICH KAPUTT GEMACHT WIRD, HAFTEN DIE ELTERN.

**ANMELDUNG INKL. KOPIE KRANKENKASSENKARTE UND IMPFAUSWEIS
BIS 14. JUNI 2020 EINSENDEN AN:**

PFARRAMT ST. MARIA
SOLA 2020
SEETALSTRASSE 18
6020 EMMENBRÜCKE