

Merkblatt für`s Sommerlager

(Name, Vorname)

Bei Notfällen verständigen Sie bitte:

Name: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Wir sind während des Sommerlagers i.d.R. zu Hause: Ja Nein

Ersatz-Anschrift (z.B. Großeltern)

Bin ich/Sind wir nicht zu erreichen, benachrichtigen Sie bitte:

Name: _____

Telefon, privat: _____

Mobil: _____

Freizeit:

a) Wir erlauben unseren Kindern, unter Aufsicht der Leiterrunde im Lager Schwimmen (Schwimmbad, öffentliche badestellen) zu gehen und an Kanu- bzw. Floßfahrten teilzunehmen.

=> Falls Ihr Kind beim Schwimmen noch unsicher ist, notieren Sie dies bitte hier _____
und informieren Sie zusätzlich den Leiter Ihres Kindes darüber.

b) Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind den Lagerplatz nach Rücksprache ohne Begleitung eines Leiters in Gruppen von mindestens drei Personen verlassen darf.

Gesundheit, Essen und Wohlbefinden:

Hinweise zum Essen: (insb. Unverträglichkeiten, Vegetarier):

=> Bitte informieren Sie am besten im Vorfeld schon das Küchenteam! (skupi@freenet.de)

Bitte denken Sie daran, die Krankenversicherungskarte bzw. Hinweise zum Versicherer (privat) zusammen mit einer Kopie des Impfausweises in einem verschlossenen Umschlag getrennt von diesem Merkblatt abzugeben.

Gesundheitliche Hinweise: (Allergien, besondere Erkrankungen,...)

=> Bitte informieren Sie auf jeden Fall auch den im Lager zuständigen Stufenleiter!

=> Achten Sie selber auf einen ausreichenden Impfschutz gegen Tetanus und ggf. FSME (Zecken).

Unser Kind muss/darf folgende(s) Medikament(e) einnehmen:

Unser Kind wird diese Medikamente selbstständig einnehmen.

Ja Nein. Ich werde mit _____ (Name Stufenleiter)
genaue Absprachen über die Verabreichung treffen.

Bitte beachten Sie, dass wir ohne Ihre ausdrückliche Erlaubnis (Auflistung oben) keinerlei Medikamente verabreichen dürfen! Für in einem Sommerlager typische Situationen werden wir die folgenden Mittel in unserer Lagerapotheke bereithalten.

Unser Kind darf mit folgendem Medikament behandelt werden (bitte ankreuzen oder bei Unverträglichkeit ein alternatives Mittel notieren und Ihrem Kind mitgeben):

Insektenstiche: Fenistil® Gel Alternative: _____

Wunddesinfektion: Octenisept® Alternative: _____

Sonstige Hinweise:

Datum, Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte(r):
