

## Anmeldung zu einer Veranstaltung

### Deutsche Pfadfinderschaft St. Georg Stamm Christus König

Posener Straße 45  
26388 Wilhelmshaven

Tel. 04421/ 1 42 56 27  
info@dpsg-wilhelmshaven.de

### Hiermit erlaube(n) ich / wir meinem / unserem Sohn // meiner / unserer Tochter

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, Postleitzahl; Wohnort

\_\_\_\_\_  
Krankenversicherung

\_\_\_\_\_  
Krankenversicherungsnummer

### an folgender Veranstaltung teilzunehmen:

Name: Pfingstlager in Westernohe

Datum: 18.05.2018 – 21.05.2018

Ort: Westernohe Bundeslager

Kosten: **90€** (Bitte bis zum **01.05.2018** auf das Stammeskonto überweisen. Barzahlungen sind **nicht** möglich)

### Mein / Unser Sohn // Meine / Unsere Tochter (nicht zutreffendes bitte streichen)

hat folgende Ernährungsgewohnheiten (z.B. Vegetarier, Allergien usw.) \_\_\_\_\_

ist Schwimmer und darf unter Aufsicht schwimmen. Er/Sie ist Inhaber/Inhaberin eines Schwimmabzeichens:

\_\_\_\_\_  
(Art des Schwimmabzeichens: Seepferdchen, Bronze, DLRG...)

ist Nichtschwimmer/ Nichtschwimmerin, darf aber unter Aufsicht Baden.

Er/ Sie darf nicht unter Aufsicht baden.

ist Chronisch krank (z.B Diabetiker, Asthmatiker) \_\_\_\_\_

benötigt folgende Medikamente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Angaben zur Dosierung, ggf. Dosierungsbeschreibung gesondert beifügen; Medikamente bitte beschriften und bei der Abfahrt abgeben. Asthma-Sprays bitte in doppelter Ausführung, ein Mal beim Kind, ein Mal beim Betreuersteam)

in den letzten Wochen sind ansteckende Krankheiten bei uns in der Familie/Umgebung aufgetreten.

Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass unser Sohn/ unsere Tochter im Krankheitsfall in ärztliche Behandlung gegeben wird.

\_\_\_\_\_  
Hausarzt Name

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Adresse

Ich habe / Wir haben die Krankenversicherungskarte mitgegeben. Diese wird an die zuständigen Leiter übergeben.

Ich habe / Wir haben die inhaltliche Ausschreibung der Veranstaltung zur Kenntnis genommen. Bei weiteren Fragen zum Programm wende ich mich / wenden wir uns an den Veranstalter.

### Angaben zur Person der gesetzlichen Vertreter:

**Einverständniserklärung**

Hiermit übertrage(n) ich / wir für die Zeit vom 18.05. - 21.05.2018. den Leitenden der Veranstaltung die Aufsicht und Betreuung meines /  
unseres Kindes \_\_\_\_\_ (Name).

Ich / Wir habe(n) mein / Unser Kind davon in Kenntnis gesetzt, dass es den Anweisungen der Leiter und Betreuer Folge zu leisten hat.

Mit der Unterschrift akzeptiere(n) ich / wir die Teilnahmebedingungen der DPSG Stamm Christus König.  
(zum Nachlesen: <http://www.dpsg-wilhelmshaven.de>)

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Name(n)

\_\_\_\_\_  
Vorname(n)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Handynummer(n)

**Angaben zur Leitung der Maßnahme:**

DPSG Mario Bliesener, Heppenser Straße 24, 26384 Wilhelmshaven

**Telefonischer Kontakt während der Veranstaltung: 0176 72 66 04 99**  
(Bitte in dringenden Fällen nur über diese Nummer Kontakt aufnehmen)