

VCP
STAMM



REMAGEN
ALBERT SCHWEITZER



Anmeldung des Stammes Albert Schweitzers

Die folgende Anmeldung ist für ALLE Aktivitäten des Stammes Albert Schweitzer gültig
(sowohl Gruppenstunde als auch Lager).

BITTE GUT LESERLICH UND IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Name: _____ Geb. Datum: ____ . ____ . ____

Adresse: _____

Tel. _____ Email: _____ @ _____ . _____

Notfallnummer der Eltern: _____

Handynummer des Kindes: _____

Allergien:

Einzunehmende Medikamente:

Bei meinem Kind ist folgendes zu beachten (z.B. Familiensituation, soziale Schwierigkeiten, Behinderung, Medikamenten-Unverträglichkeiten, Zahnsperre tragen, sonstige Besonderheiten; ggf. Extraseite benutzen):

Achtung: Nicht ausgefüllte Bereiche gelten als NICHT einverstanden!

Mir ist bekannt, dass einige Aktionen von minderjährigen aber fähigen Sippenführern geleitet werden!

Bei den Aktivitäten werden Fotos und Filme gemacht. Ich bin damit einverstanden, dass ausgewählte Bilder/Filme für die Öffentlichkeitsarbeit des Stammes Albert Schweitzer in Schriften und Internetseiten veröffentlicht werden dürfen.

__Ja__ Nein

Mein Kind darf unter Aufsicht schwimmen.

__Ja__ Nein

Sie / Er ist:

Nichtschwimmer/in Schwimmer/in (unsicher) Schwimmer/in

Mein Kind darf sich in einer Gruppe von mind. 3 Personen auch außerhalb des Lagerplatzes frei bewegen.

__Ja__ Nein

Meine Emailadresse darf verwendet werden, um Infos des Stammes über den Stammesverteiler zu verschicken.

- Ich wünsche, dass die Email per BCC verschickt wird und ich bestätige hiermit die Emailadresse des Stammes aus dem Spamordner zu entfernen.
- Die Mail darf so verschickt werden, dass andere Stammesmitglieder meine Emailadresse sehen können.

Die Daten meines Kindes dürfen an den Gau Nassau Oranien bei entsprechenden Aktionen weitergegeben werden. Durch Widersprechen dieses Punktes muss für jede dieser Aktionen eine separate Anmeldung ausgefüllt werden.

Ja Nein

Mein Kind ist haftpflichtversichert.

Ja Nein

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass mein Kind auf eigene Kosten die Rückreise antreten muss, wenn es gegen die Stammesordnung und/ oder den Anweisungen der Sippenführer und der Lagerleitung wiederholt bzw. gravierend verstößt.

Ich wünsche, dass diese Stammesanmeldung, der Gesundheitsbogen und der Notfallbogen bis zum 31.12.2019 oder bis zu meinem Widerruf aufbewahrt werden darf. Ansonsten muss diese Anmeldung zu jedem Lager komplett neu ausgefüllt werden.

Ja Nein

Die Daten werden vertraulich behandelt!

Ich bestätige, dass diese Anmeldung, der Gesundheitsbogen und die Reiseapotheke wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt wurden.

.....

.....

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter

Unterschrift Teilnehmer

Zur Beantragung von Fördermitteln im Bereich soziale Bildungsmaßnahmen für junge Menschen aus einkommensschwachen Familien

- Wir haben die Möglichkeit für Mitglieder mit geringem Einkommen mehr Zuschüsse vom Landesjugendring für Lager und Aktionen zu erhalten.
Die unten aufgeführten Punkte sind die Kriterien unter denen man diesen Zuschuss erhalten kann. Nachdem wir den Zuschuss erhalten haben, erhält der Teilnehmer den vollen Betrag von 7,50€ pro Tag zurück.
Durch das Ausfüllen dieser Bestätigung beantragen wir diesen Zuschuss automatisch bei jedem Lager, bei dem ihr Kind teilnimmt.
➔ Ein Teil des Lagerbeitrags wird so zurückerstattet und das Lager ist im Endeffekt preiswerter.

Hiermit wird bestätigt,
dass wir/ich(Name der Familie/Elternteil) im Jahr 2019

- gemäß der Landesverordnung vom 16. April 2010 in den Genuss der Lernmittelfreiheit oder der unentgeltlichen Ausleihe von Lernmitteln kommen, *
- Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II oder SGB XII (Sozialhilfe) erhalten, *
- Wohngeld beziehen, *
- aufgrund der Einkommenssituation einen Kinderzuschlag erhalten oder *
- in vergleichbaren Einkommensverhältnissen leben. *

(* Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ort / Datum

Unterschrift

VCP
STAMM



REMAGEN
ALBERT SCHWEITZER



NOTFALLBOGEN für ALLE Aktionen des Stammes Albert Schweitzer Remagen im Jahr 2019

Mein Kind _____, geboren am __. __. ____ darf folgende Medikamente im Ernstfall von der Lagerleitung bzw. Gruppenleitung erhalten:

	Medikament	Ja	Nein
Desinfektionssalbe	Tyrosur		
Desinfektionsspray	Octenisept		
Heilsalbe	Bepanthen		
Schmerzgel	Voltaren		
Insektenstiche	Fenistil		
Durchfall	Oralpädon		
Fieber	Grippostad		
Schmerzen → für Kinder ab 6 Jahren	Ibuprofen (500 mg)		
→ für Kinder ab 6 Jahren	Paracetamol (500 mg)		
→ für Kinder ab 12 Jahren	Aspirin (500 mg)		
Halschmerzen	Gelorevoice		
Ein Gruppenleiter des gleichen Geschlechtes darf Zecken entfernen	/		

(Durch das ankreuzen mit **Ja bestätige** ich, dass mein Kind im NOTFALL dieses Medikament erhalten darf; durch ankreuzen von **Nein verweigere** ich dies.)

- Ich wünsche, dass vor Medikamentengabe folgender Medikamente mit mir Rücksprache gehalten wird.

- Mein Kind darf einem Arzt vorgestellt werden.

Nach Rücksprache mit mir / auch ohne Rücksprache mit mir darf es notfalls operiert werden.

(NICHT zutreffendes bitte streichen)

*Ich bin / Wir sind** damit einverstanden, dass ärztliche Maßnahmen, wie lebensrettende Schutzimpfungen oder Operationen, die von einem hinzugezogenen Arzt für dringend erforderlich gehalten werden, an *meinem/ unserem** Kind vorgenommen werden dürfen

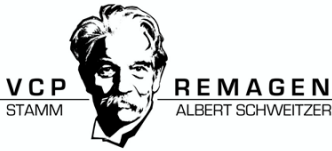
Ich bin im Notfall ständig unter dieser Nummer erreichbar: _____

Ich habe den Notfallbogen sorgfältig gelesen und ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift seine Gültigkeit bis zum auf der Stammesmeldung vermerkten Zeitpunkt.

Danach wird dieser ordnungsgemäß vernichtet.

Ich gebe meinem Kind die Krankenkarte und den Impfausweis bzw. eine Kopie des Impfausweises zu jedem Lager/Aktion mit.

Ort, Datum und Unterschrift eines Erziehungsberechtigten



Gesundheitsbogen

für die Teilnahme am Lager

Datenschutzhinweis:

Dieser Bogen dient nur zur Information der Ärzte und wird anschließend vernichtet. Er kann zur Wahrung der Diskretion in einem verschlossenen Umschlag zurückgesandt werden!

Teilnehmerin/Teilnehmer

Bitte deutlich und in Druckbuchstaben ausfüllen!

..... (Krankenkasse)	..... (Ort der zuständigen Geschäftsstelle)	..... (Hauptversicherter)	..... (Geb. Hauptversicherter)
..... (Nachname)	..... (Vorname)	..... (Geburtsdatum)	
..... (Straße)	..... (PLZ, Ort)	..... (Telefonnummer mit Vorwahl)	
..... (Name des behandelnden Hausarzt)	..... (Ort des Arztes)	..... (Telefonnummer des Arztes)	

Eltern/Erziehungsberechtigte

..... (Nachname)	..... (Vorname)	
Angabe der Adresse, wenn sie von der des Teilnehmenden abweicht, bzw. Ferienadresse der Eltern:		
..... (Straße)	..... (PLZ, Ort)	..... (Telefonnummer mit Vorwahl)
..... (Mobilnummer)	..... (2. Telefonnummer)	..... (e-Mail-Adresse)

Impfungen

Tetanus: [] Ja, am	[] Nein	Masern/Mumps/Röteln: [] Ja [] Nein
Polio: [] Ja, am	[] Nein	Hepatitis B: [] Ja [] Nein
Diphtherie: [] Ja, am	[] Nein	Sonstige:

Besonderheiten

Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Grund für die Einnahme, Präparate, Dosierung, etc.):

.....
.....

Allergien (z.B. Arzneimittelallergie, Pflasterallergie, Jodallergie, Nahrungsmittelunverträglichkeit, etc.):

.....

Chronische Erkrankungen (z.B. Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, etc.):

.....
.....

Bestätigung

.....

(Unterschrift des Teilnehmers/ der Teilnehmerin bzw. des/der Erziehungsberechtigten)

Bitte unbedingt zum **Lager** mitbringen:
- Kopie des Impfausweises
- Krankenkassenkarte
- Unfallhilfe-/Blutgruppenpass (falls vorhanden)