!"#$%&'()#*#"'%&+,)&-#./-#* /0#1%,*%23&1-,4& /

!"#$%"&'())*##(+,-.(+$/012 $3&4-,)$567'83+*,9$:8-,3(&;

Hiermit gestatten wir unserem Kind _____ die Teilnahme am Bundessommerlager 2017 des Pfadfinderbund Horizonte e.V. in der Zeit vom 29.07.-12.08.2017 in Mals (SŸdtirol, Italien).

WŠhrend dieser Zeit wird er/sie der Aufsicht der untenstehenden Personen unterstellt.

Die Aufsichtspflicht erstreckt sich auf alle beaufsichtigten Unternehmungen wie Wanderungen, Spiele, Sport und im Lagerprogramm genannte Unternehmungen. Ich bin damit einverstanden, dass meinem Kind dabei auch die Mšglichkeit des Entfernens vom Lagerplatz gegeben wird.

In gegebenen NotfŠllen bin ich bereit, die Kosten fŸr einen Arztbesuch bzw. Krankentransport oder Krankenhausaufenthalt zu Ÿbernehmen. Die Entscheidung hat der Lagerleiter oder dessen Stellvertreter nach erfolgter RŸcksprache zu fŠllen.

Die Aufsichtspflicht erlischt, wenn mein Kind einer Anordnung zuwider handelt. Sollte mein Kind durch entsprechendes Verhalten die Freizeitma§nahme stark gefŠhrden, ist die Lagerleitung ermŠchtigt, mein Kind auf meine Kosten nach Hause zu schicken. Die Entscheidung Ÿber eine solche Ma§nahme liegt ausschlie§lich bei der Lagerleitung; sie ist mir vorher jedoch telefonisch mitzuteilen.

Meine Anschrift in der Zeit der Freizeitma§nahme und die Telefonnummer stehen am Ende dieser Anmeldung. Gegebenenfalls ist die Anschrift eines Verwandten angegeben, wenn ich nicht zu erreichen bin.

Mein Kind hat vollstŠndige Wundstarrkrampfimpfung: O Ja O Nein

(Wenn ãNeinÒ angekreuzt: Mir ist bewusst, dass mein Kind nicht gegen Wundstarrkrampf geimpft ist. Falls daraus resultierend eine Erkrankung eintritt, Ÿbernehme ich die Verantwortung.)

Mein Kind ist im europŠischen Ausland versichert: O Ja O Nein

(Wenn ãNeinÒ angekreuzt: Mir ist bewusst, dass mein Kind nicht ausreichend in Europa versichert ist. Falls daraus resultierend Kosten entstehen, Ÿbernehme ich die Verantwortung.)

Mein Kind hat folgende Krankheiten, Allergien und UnvertrŠglichkeiten o.Š.:

_____

Mein Kind nimmt folgende Medikamente (Name, Dosis):

_____

Mein Kind ist Vegetarier: O Ja O Nein

Meine Adresse wŠhrend der Freizeitma§nahme:
(falls nicht erreichbar, bitte die Adresse von Gro§eltern, Bekannten, etc. angeben.)

Name: _____

Anschrift: _____

_____

Telefon: _____

Mobil: _____

Der Lagerbeitrag in Hšhe von _____ Euro wurde am _____ auf das im Rundschreiben angegebene Konto Ÿberwiesen.

Lagerleitung: Bastian Meyer und Malte Kyhos sowie die von ihnen eingesetzten Vertreter.

_____, den _____ _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)

Bitte streichen Sie KEINE Abschnitte aus dieser EinverstŠndniserklŠrung!