



**Verbindliche Anmeldung
zur Landesfahrt 2019 des BdP LV Hessen nach Nordungarn
Stamm Steinadler**

Vorname	
Name	
Straße	
PLZ und Ort	
Geburtsdatum	
Telefon	
E-Mail	

Hiermit melde ich mich/mein Kind verbindlich zur Landesfahrt vom **20.07 bis 10.08.2019** an. Ich werde den **Teilnahmebeitrag** in Höhe von **200€/185€ (Geschwisterkind)** bis zum **15.01.19** auf das Stammeskonto überweisen und einen Gesundheitsbogen (inkl. Kontaktdaten während der Fahrt) ausfüllen und der Stammesführung/Sippenführung diesen zur Verfügung stellen. Anmeldeschluss ist der **21.12.18!** Bei Nichtteilnahme an der Landesfahrt behalten wir uns vor, **100€** einzubehalten. Bei weiteren Fragen könnt Ihr euch an Henning wenden!

Ich/mein Kind hat ein Hessenticket: _____

Mein Kind... kann schwimmen ()
kann nicht schwimmen ()

Mein Kind darf ohne Aufsicht einer*eines offiziellen Rettungsschwimmer*in schwimmen () Ja
() Nein

Ich stimme zu, dass die angegebenen Daten gemäß der Datenschutzerklärung des BdP LV Hessen e.V. (nachzulesen auf <https://hessenwiki.de/confluence/pages/viewpage.action?pageId=131301441>) behandelt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehung-/Sorgeberechtigter

Unterschrift Teilnehmer



Gesundheitsfragebogen für die Landesfahrt 2019

Diesen Bogen bitte ausfüllen/ausdrucken, von dem/der Erziehungs-/Sorgeberechtigten unterschreiben lassen und der Gruppenleitung mitgeben.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Stamm
	m	
Straße, Nr.		PLZ, Ort
Schutzimpfungen (bitte Datum angeben)		
Tetanus / Hepatitis A / Hepatitis B / Diphtherie / Polio/Kinderlähmung / Masern / Mumps / Röteln / FSME / Keuchhusten / Windpocken / Tollwut / sonstige Impfungen		
Bekannte Vorerkrankungen/Operationen (bitte mit Datum)		
Unser Kind/ich hatte folgende Erkrankungen		
Windpocken Scharlach Mumps Masern Röteln Diphtherie		
Folgende Anfälligkeiten sind bekannt (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Reisekrankheit, Medikamenten-, Lebens-mittel-, sonstige Allergien, Epilepsie, etc.)		
Mein / Unser Kind befindet sich zurzeit in ärztlicher Behandlung (behandelnde* Arzt*Ärztin)		
Mein / Unser Kind bekommt als Bedarfs-/ Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen:		
Unser Kind nimmt die Medikamente selbst ein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Gruppenleitung sorgt für die regelmäßige Einnahme der Medikamente <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bei meinem / unserem Kind ist auf Folgendes zu achten (Einschränkungen etc.)		
Glaubenszugehörigkeit *	Einschränkungen in der Behandlung	
Krankenkasse	Kassennummer	Versichertennummer
Versichert über	Status	Versichertenkarte gültig bis

* Angabe freiwillig



Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf

Name, Vorname	Geburtsdatum	Funktion

über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen/ Unfällen entscheidet der behandelnde Arzt vor Ort.

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf / dürfen nur die Erziehungs-/Sorgeberechtigten über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen.

Es besteht zurzeit keine akute/ansteckende Erkrankung.

Ich bin / Wir sind (jederzeit) wie folgt zu erreichen:

Name, Vorname	Telefon	Mobil
Straße, Nr.		PLZ, Ort
Name, Vorname	Telefon	Mobil
Straße, Nr.		PLZ, Ort

Im Falle der Unterschrift nur eines*einer Erziehungs-/Sorgeberechtigten versichert diese*r an Eides statt, dass der*die andere Erziehungs-/Sorgeberechtigte ebenfalls diesem zustimmt. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die persönlichen und Behandlungsdaten zum Zwecke der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht!

Krankenversicherungskarte (falls vorhanden) und Impfausweis werden mitgeführt.

Ich stimme zu, dass die angegebenen Daten gemäß der Datenschutzerklärung des BdP LV Hessen e.V. (nachzulesen auf <https://hessenwiki.de/confluence/pages/viewpage.action?pageId=131301441>) behandelt werden dürfen.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungs-/Sorgeberechtigten
Unterschrift der Erziehungs-/Sorgeberechtigten