



Verbindliche Anmeldung Bundeslager 2026 + Vorlager

Liebe Steinadler,

hiermit melde ich mein Kind/mich **verbindlich** zum **Vorlager und Bundeslager vom 22.07. bis zum 09.08.2026** an. Den Teilnehmerbeitrag (Bundeslagerbeitrag + 150 € fürs Vorlager) für das Bundeslager und das Vorlager überweise ich bis zum **08. April 2026**. auf das Stammeskonto unter dem Betreff **Bula2026, Vorname Nachname des Kindes**.

Die Anmeldung schicke ich zusammen mit dem Gesundheitsbogen bis zum **08. April 2026** an stammesfuehrung@steinadler.org.

Die **Impfpasskopie und die Krankenkassenkarte** gebe ich meinem Kind/nehme ich **zum Lager mit** und gebe es der Gruppenführung.

Persönliche Daten:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Notfallnummern (immer erreichbar):

1. _____

2. _____

Teilnehmerbeitrag :

Standardbeitrag 320 €

Förderbeitrag 265 €

Solidaritätsbeitrag 345 €

Essgewohnheiten: _____

Allergien, Erkrankungen etc.: _____

Medikamente (falls nötig bitte auch Dosierung): _____

weitere Termine auf unserer Internetseite unter > Für Mitglieder > Termin

Umgang mit Zecken:

- Zecken dürfen von der Gruppenführung entfernt werden
- Zecken dürfen nicht entfernt werden.
→Im Falle einer Zecke hole ich mein Kind ab oder komme und entferne sie.

Ticket:

- Mein Kind besitzt / ich besitze ein Hessenticket und bringe dieses mit.
- Mein Kind besitzt / ich besitze ein Deutschlandticket und bringe dieses mit.
- Mein Kind besitzt / ich besitze kein Ticket.



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.

Sonstiges: Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind...

- unter Aufsicht schwimmen darf. (natürlich nur gemeinsam mit der Gruppe)
- sich in einer Kleingruppe (mind. 3 Personen) ohne Aufsicht bewegen darf.
- im Krankheitsfall in ärztliche Behandlung gegeben wird.
- bei grob vorsätzlichem Fehlverhalten auf eigene Kosten nach Hause befördert wird. (Natürlich in Absprache mit den Notfallkontakt)

| | | |
|-----|-------|------------------------------------|
| Ort | Datum | Unterschrift des/der Teilnehmenden |
|-----|-------|------------------------------------|

| | | |
|-----|-------|--|
| Ort | Datum | ggf. Unterschrift eines/einer Erziehungsberechtigten |
|-----|-------|--|

weitere Termine auf unserer Internetseite unter > Für Mitglieder > Termin

Gesundheitsfragebogen zum BdP Bundeslager 2026

Health questionnaire for the BdP 2026 national jamboree

Diesen Bogen bitte ausfüllen, unterschreiben und den eigenen Gruppenleitungen mitgeben. Auf Wunsch in einem verschlossenen Umschlag, mit Namen beschriftet.

Please fill in this form, sign it and give it to the leaders of your own group. If desired, in a sealed envelope with your name.

| | | |
|---|--------------------------------------|--|
| Name, Vorname (+ ggf. Fahrtenname) Surname, Forename (opt. scout name) | Geburtsdatum Date of birth | Landesverband / Stamm / Gruppe State Association / Local group / Scout group |
| Wohnanschrift Home address | | |
| Unterlager auf dem Bundeslager Sub camp at the national jamboree (& guest group name for international guests) | | |

Impfungen

| | | |
|---|--|--|
| Datum der letzten Tetanusimpfung: Date of last tetanus vaccination: | | Bitte fügen Sie diesem Bogen eine Kopie des Impfausweises bei. Please enclose a copy of the vaccination certificate with this form. |
| <p>Die letzte Tetanusimpfung meines Kindes ist mehr als 5 Jahre her. Mein Kind darf bei Indikation eine Auffrischimpfung erhalten.</p> <p><input type="checkbox"/> It has been more than 5 years since my child's last tetanus vaccination. My child may receive a booster vaccination if indicated.</p> | | |

Bekannte Erkrankungen | Known health conditions

z.B. Asthma, Allergien, Epilepsie, usw. | e.g. asthma, allergies, epilepsy, etc.

| |
|--|
| |
|--|

Mein Kind bekommt als Bedarfs-/Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen/nicht umzugehen (ggf. Rückseite nutzen):

My child receives the following medication as a need-based/continuous medication and knows how to deal/not to deal with it (use reverse side if necessary):

| |
|--|
| |
|--|

Krankenversicherung | Health Insurance | Sjukförsäkring

| | | |
|---|---|---|
| Krankenkasse Insurance provider | Versichertennummer Insurance number | Versichert über Name of policy holder |
| | | |

Diese Angabe ist optional und sollte sich auf teilnehmende Familienangehörige o.Ä. beschränken.

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalls darf folgende auf dem Lager anwesende Person über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen.

This choice is optional - In the event of illness or accident, the following person present on the trip may decide on treatments and consent to medical interventions (including operations). This should reference present family members or similar.

| Name, Vorname Surname, Forename Efternamn, förnamn | Geburtsdatum Date of birth Födelsedatum |
|---|--|
| | |

Die sorgeberechtigte/n Person oder Personen sind während des Bundeslagers jederzeit wie folgt zu erreichen:

The parent(s)/guardian(s) can be reached at any time during the trip as follows:

| Name, Vorname Surname, Forename | Telefonnummer 1 (z.B. Mobil) Phone 1 (e.g. Mobile) | Telefonnummer 2 (z.B. Festnetz/Arbeit) Phone 2 (e.g. Landline/Work) |
|------------------------------------|---|--|
| | | |
| | | |

Bemerkungen | Notes

Sofern nur die Unterschrift einer sorgeberechtigten Person eingereicht wird, versichert diese an Eides statt, dass entweder das alleinige Sorgerecht vorliegt oder alle weiteren Sorgeberechtigten ihre Zustimmung gegeben haben.

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass persönliche Daten und Behandlungsdaten zum Zwecke der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht.

In the case of the signature of only one parent or legal guardian, the latter shall affirm under oath that every other parent or legal guardian also agrees. I / We agree that the personal and treatment data will be stored for the purpose of legally required documentation. After expiry of the legal retention period, the data will be deleted.

Bitte die Krankenversicherungskarte im Original und den Impfausweis als Original oder Kopie diesem Bogen beilegen.

Please attach the health insurance card and the vaccination certificate (original or copy) to this form

Ort, Datum | Place, date

Ort, Datum | Place, date | Plats, datum

Unterschrift Sorgeberechtigte*r / Patient (Ü18)

Signature of parent, guardian or patient (if 18+)

Unterschrift Sorgeberechtigte*r

Signature of parent or guardian