

**RECHTSVERBINDLICHE ANMELDUNG ZUM DPSG PFINGSTLAGER 2024
DES STAMMES DPSG ST. FRANZISKUS, DUISBURG-GROßENBAUM**

Angaben zur Person bitte in Blockbuchstaben

Name: _____
Adresse: _____
Tel.-Nr.: _____
E-Mail-Adresse: _____
Staatsangehörigkeit: _____
Krankenkasse: _____
Geburtsdatum: _____

Ich bin / mein Kind ist

- Gruppenmitglied
 Leiter/-in
 Mitarbeiter/-in

► versichert über (Vater, Mutter, selbst):

► Alter zum Zeitpunkt der Abfahrt:

Personalausweis-Nr.: _____

Während des Pfingstlagers sind meine Eltern/Erziehungsberechtigten/Angehörigen unter folgender Adresse (mit Tel.-Nr.) zu erreichen:

Weitere Angaben zutreffendes ankreuzen

1. Ich bin / mein Kind ist / hat Guter Schwimmer (darf ohne Aufsicht schwimmen)
 Schwimmer (darf mit Aufsicht schwimmen)
 Nichtschwimmer (darf nicht schwimmen)
- Veganer Vegetarier
 Reiseübelkeit
2. Ich / mein Kind bin / ist geimpft gegen: FSME Tetanus
 Covid-19 Grippe
3. Ich / mein Kind darf in Kleingruppen ohne Leiter durch die Ortschaft gehen ja nein
4. Sonstige notwendige Anmerkung für die Ernährung und Allergien: _____
6. Ich / mein Kind hat folgende Krankheiten gehabt:
- | | | | | | |
|------------|---|-------------|---|--------------|---|
| Röteln: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Mumps: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Keuchhusten: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Masern: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Diphtherie: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Windpocken: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Scharlach: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sonstige: | _____ | | |
7. Ich / mein Kind leidet an einer Krankheit: ja: _____ nein
Diese Krankheit schließt eine Teilnahme an folgenden Aktivitäten aus: _____
8. Ich / mein Kind muss ständig Medikamente einnehmen: ja nein
Wenn ja, welche und in Welchen Zeitabständen?
(Bitte ausreichend Medikamente mitgeben) _____

9. Mein Kind darf folgende Arzneimittel erhalten: _____
- Desinfektionsmittel Brandsalbe Salbe geg. Insektenstiche Kohlecompresen Arnica
10. Meinem Kind darf von einem erfahrenen Gruppenleiter eine Zecke entfernt werden: ja nein
11. Was die Leiter sonst noch wissen sollten: _____
- _____
- _____
12. Ich / mein Kind hat ein gültiges Ticket (z. B. Schokoticket, Deutschlandticket, etc.) für den VRR-Raum, welches mitgenommen werden kann. ja nein

Ich / Wir bestätigen, dass eine DPSG-Mitgliedschaft im Stamm St. Franziskus vorliegt. Die Reise- und Teilnahmebedingungen (beigefügte Broschüre „Pfingstlager 2024“) habe ich / haben wir aufmerksam durchgelesen. Der Anmeldebogen ist vollständig und richtig ausgefüllt.

Ort, Datum und Unterschrift

Erziehungsberechtigten (bei Minderjährigen)

Teilnehmer / -in