

Bezirkslager

Seit vielen Jahren machen wir im Bezirk gemeinsame Aktionen.

Auch dieses Jahr steht wieder eine gemeinsame Aktion an, bei der wir alle mächtig Spaß haben werden.

Liebe Wölflinge, Jupfis, Pfadis und Rover,

Auch dieses Jahr machen wir eine gemeinsame Aktion. Dieses Mal steht das Jahresmotto der DPSG auf dem Plan: „Voll KostBar“. Wir alle werden dabei gesund, fit und gut drauf sein.

Für die Teilnahme fallen 25€ Gebühren an, gebt diese bitte gemeinsam mit eurer Anmeldung ab, sonst können wir die Anmeldung nicht entgegennehmen.

Gut Pfad

eure Bezirksleiterrunde



Zeiten

Lager

03. – 05. Mai 2019

05. August nachmittags

Treffpunkt:

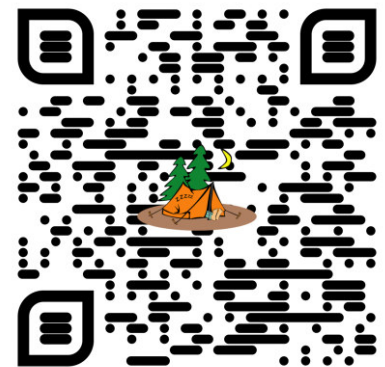
Zeltplatz Ittertal bei
Eberbach

Kosten

das erste Kind: 25€

jedes weitere Kind 18€

mehr Infos



s.dpsg-nd.de/lager

Anmeldung

zum Bezirkslager im Eberbach
des DPSG Bezirks Odenwald-Tauber
vom 03.05.-05.05.2019

Hiermit melde ich mein Kind (pro Teilnehmer neues Blatt)

verbindlich zum Bezirkslager an.

Mein Kind kann schwimmen

Ja Nein

Mein Kind darf den Lagerplatz in Kleingruppen von mind. 3 Personen ohne
Leiter verlassen

Ja Nein

Durch die Anmeldung stimme ich der Veröffentlichung von Bildern im Rahmen
der Berichterstattung zu und bin ich damit einverstanden, dass ich mein Kind
bei groben Fehlverhalten vom Lagerplatz abhole.

Die Anmeldung ist nur in Verbindung mit dem vollständig ausgefüllten
„Gesundheitsblatt“ gültig

Datum Unterschrift Telefonnummer Erziehungsberechtigter

Teilnahmeschluss:

**Die Anmeldung inklusive Teilnahmebeitrag muss bis einschließlich dem
12. Mai bei euren Leitern abgegeben worden sein.**

Gesundheitsblatt

Aktion: Bezirkslager Eberbach

Zeitraum: 03.05.-05.05.2019

Teilnehmer: (pro Teilnehmer neues Blatt)

Erziehungsberechtigter/ Kontaktperson:

Name: _____

Name: _____

Straße, PLZ: _____

Straße, PLZ: _____

Stufe: _____

Telefon 1: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon 2 (mobil): _____

Krankenversicherung, Krankenkasse und Versicherungsinhaber:

Momentan einzunehmende Medikamente (und deren Dosierung, möglichst auch die Bezeichnung des Wirkstoffes in Klammern):

a: _____ (_____)

b: _____ (_____)

Unverträglichkeiten und Allergien gegen Lebensmittel und Medikamente:

a: _____ b: _____

Datum der letzten Tetanusimpfung: _____

Name und Tel. Nr. des behandelnden (Haus-)Arztes:

Vollmacht:

Das verantwortliche Leitungsteam/ die oben aufgeführte*n Kontaktperson*en ist/sind berechtigt, in dringenden Fällen an meiner Stelle, im oben angegebenen Zeitraum, die Einwilligung zu dringend notwendigen operativen Eingriffen zu geben (**ggf. streichen**).

Ich erlaube dem Leitungsteam Zecken, Spreißel und Ähnliches zu entfernen und Wunden zu desinfizieren. Ja Nein

Ort, Datum

Name und Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

DPSG Odenwald-Tauber

www.dpsg-ot.de

