

Anmeldeformular SOLA 24

Wir bitten Sie, nachfolgendes Formular vollständig auszufüllen. Danke.

Name: _____

Vorname: _____

Pfadiname: _____

Geburtsdatum: _____

Vollständige Adresse: _____

Deine Mobiltelefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer (Eltern): _____

Mobiltelefonnummer (Eltern) _____

Sozialversicherungsnummer (AHV) 756. _____

Krankenkasse _____

Karten Nr (KK-Karte) 807 _____

Schwimmen: Schlecht | Gut | Sehr gut

Leiter dürfen Ihrem Kind im Notfall Medikamente verabreichen: Ja Nein

Körpergrösse: _____

Gewicht (für Medikamentenvergabe im Notfall): _____

Gesundheitliche Erhebung

Um ihr Kind optimal zu betreuen, bitten wir sie, den untenstehenden Fragebogen auszufüllen. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

- 1) Bestehen Allergien auf bestimmte Stoffe, Insekten, Pflanzen etc. und wie äussert sich die allergische Reaktion?

- 2) Leidet Ihr Kind unter Asthma (wenn ja, wann und wie häufig)?

- 3) Wie muss bei einer plötzlich auftretenden Allergie oder einem Asthmaanfall reagiert werden?

4) Ist Ihr Kind auf Medikamente angewiesen (wenn ja, welche)?

5) Muss auf irgendetwas besonders Rücksicht genommen werden?

Bitte legen Sie eine Kopie des aktuellen Impfausweises und der Krankenkassenkarte bei!

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass obig genanntes Kind, vom 06.07.2024 bis am 12.07.2023 (oder nach Vereinbarung) am Sommerlager der Wöfli Willisau teilnehmen darf. Ausserdem habe ich die Lagerzeitung gelesen und etwaige Hinweise und Informationen verstanden.

Name und Unterschrift der erziehungsberechtigten Person

NAME, DATUM, UNTERSCHRIFT