



Personalien Kind:	<input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/> Knabe
Vorname Kind:	
Name Kind:	
Geb. Datum:	
Kind wohnt:	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> im Heim
Hat Lagererfahrung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

aktuelles

Passfoto aufkleben
 Bitte keine Kopie oder Ausdruck
 vom Computer

Personalien Anmelder/In = Korrespondenzadresse	
Name:	
Vorname:	
Strasse:	
PLZ/ Ort:	
Tel. Privat:	
Tel. Geschäft:	
Natel:	
E-Mail Anmelder/In:	

Nur ausfüllen, wenn Sie als Versorger während des Lagers nicht erreichbar sind. **Die Notfalladr.** wird bei einem Vorfall in erster Instanz kontaktiert.

Notfalladresse	
Vorname:	
Name:	
Strasse:	
PLZ/ Ort:	
Tel. Notfall:	
Natel Notfall:	

Bitte nur E-Mail-Adresse aufführen, wenn diese **regelmässig** (mind. wöchentlich) abgerufen wird. Bitte möglichst keine Hotmail-Adressen.

Allgemeines: (Bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> BettnässerIn	<input type="checkbox"/> POS/ADS <input type="checkbox"/> Zahngspange	<input type="checkbox"/> Bienenstiche <input type="checkbox"/> VegetarierIn	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
---	--	--	--	---

Schwimmerfahrung: (wie gut kann Ihr Kind Schwimmen?)	<input type="checkbox"/> Anfänger <input type="checkbox"/> Fortgeschritten <input type="checkbox"/> gar nicht!!! <input type="checkbox"/> Könnner	<input type="checkbox"/> Ski: <input type="checkbox"/> Snowboard:	<input type="checkbox"/> Anfänger <input type="checkbox"/> Fortgeschritten <input type="checkbox"/> Könnner
--	--	--	---

Betreuungsaufwand: (wie schätzen Sie Ihr Kind ein?)	<input type="checkbox"/> braucht eher viel Aufmerksamkeit <input type="checkbox"/> braucht eine durchschnittliche Betreuung <input type="checkbox"/> ist sehr selbständig	Grösse (cm): Gewicht (kg): T-Shirt Grösse:
---	---	---

IV-Nummer: (falls vorhanden)	
--	--

Medikamente: (evtl. Rückseite)	Muss Ihr Kind Medikamente nehmen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welches Medikament und warum? _____ _____ Dosis: _____ Einnahme selbständig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Hat Ihr Kind besondere Essgewohnheiten?	
--	--

Krankenkasse:	
Haftpflichtvers.:	
Unfallvers.:	
*Annulationsvers.:	

Police:	
Police:	
Police:	
Police:	

*Eine Annulationskostenversicherung (Reiserücktrittsversicherung) ist obligatorisch (vgl. unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen). Wer über eine private Versicherung dieser Art verfügt, muss eine Kopie der entsprechenden Police dem Datenblatt beilegen.

Krankheiten und weitere Besonderheiten:	
--	--