

**KIND/JUGENDLICHER**

Nachname _____	Vorname _____	
Geburtsdatum _____	SV-Nummer _____	Geburtsort _____
Adresse _____	PLZ _____	Ort _____

HAUPTVERSICHERTER

Verhältnis zum Kind/Jugendlichen: Mutter Vater

Nachname _____	Vorname _____	Geburtsdatum _____
SV-Nummer _____	Krankenkasse _____	Arbeitgeber _____
Adresse _____	PLZ _____	Ort _____

SCHUTZIMPFUNGEN

<input type="checkbox"/> Tetanus	letzte Impfung _____
<input type="checkbox"/> FSME	letzte Impfung _____
<input type="checkbox"/> keine FSME-Impfung	Grund _____
(Im Falle eines Zeckenbisses während der Lagerzeit wird von der Lagerleitung ärztlicher Rat eingeholt und mit dem Erziehungsberechtigten Kontakt aufgenommen)	
<input type="checkbox"/> sonstige _____	letzte Impfung _____
<input type="checkbox"/> sonstige _____	letzte Impfung _____

KRANKHEITEN & BESONDERHEITEN

Alle Angaben erfolgen freiwillig! Diese dienen der Versorgung im Notfall oder helfen uns besser auf die jeweiligen Bedürfnisse eingehen zu können.

Infektionskrankheiten

- Masern
 Diphtherie
 Kinderlähmung
 Mumps
 Scharlach
 Feuchtblattern
 Röteln, geimpft Ja Nein
 Gelbsucht
 Keuchhusten
 sonstige _____

Sonstige Krankheiten

- Epilepsie
 Asthma bronchiale
 Diabetes mellitus

Blutgruppe _____**Besonderheiten bei der Ernährung**

- Vegetarier/in
 spezielle Diät

allfällige Besonderheiten

- Brillen/Kontaktlinsen
 Schlafwandler
 Herpes
 Bettnässer
 sonstige _____

Allergien

- Sonnenallergie
 Lebensmittelallergie
 Pollenallergie
 Insektenallergie
 Medikamentenunverträglichkeit
 Sonstige Allergien _____

- gegen _____
 gegen _____
 gegen _____
 gegen _____
 gegen _____

Operationen/Knochenbrüche während der letzten 2 Jahre

Details _____
 Details _____

Ich/mein Sohn/meine Tochter

- bin/ist bereits Blinddarm operiert
 bin/ist Nichtschwimmer/in und darf nicht ins Wasser
 bin/ist Nichtschwimmer/in und darf mit Schwimmhilfe unter Aufsicht ins Wasser
 bin/ist Schwimmer/in und darf unter Aufsicht schwimmen gehen
 muss regelmäßig Medikamente einnehmen (genaue Bezeichnung und Dosis!) _____
 Mir/meinem Sohn/meiner Tochter wird im Autobus leicht schlecht

KONTAKTPERSON

Nachname _____	Vorname _____	
Adresse _____	PLZ, Ort _____	Mobiltelefon _____
Festnetz (tagsüber) _____	Festnetz (abends) _____	e-Mail _____
<input type="checkbox"/> Bin ich nicht erreichbar ist folgende Person von mir berechtigt, notwendige Entscheidungen zu treffen (Notfalladresse)		
Nachname _____	Vorname _____	Verhältnis zum Kind (zB. Tante) _____
Adresse _____	PLZ, Ort _____	Mobiltelefon _____
Festnetz (tagsüber) _____	Festnetz (abends) _____	e-Mail _____

- Bei groben Disziplinären Problemen kann ich/mein Kind von der Aktion ausgeschlossen werden – der Heimtransport obliegt mir und erfolgt auf eigene Kosten.
- Sollte die Teilnahme an der Aktion aus gesundheitlichen Gründen nicht/nicht mehr möglich sein nehmen die Leiter Kontakt mit Ihnen bzw. der Notfall-Kontaktperson auf.
- Ich verpflichte mich den zuständigen Leiter über allfällige ansteckende Krankheiten zu informieren.
- Ich habe die Personendaten bzw. medizinischen Informationen gewissenhaft aktualisiert. Eventuelle Ergänzungen teile ich den Leitern (meines Kindes) unverzüglich mit.
- Alle Daten werden vertraulich behandelt.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass eine gültige Registrierung als Mitglied der Pfadfinder und Pfadfinderinnen Österreichs (PPÖ) unbedingte Voraussetzung für die Möglichkeit der Teilnahme an den Aktivitäten der PfadfinderInnen ist (Versicherungsschutz!).
- Die Gruppe übernimmt keine Haftung für verloren gegangene Gegenstände oder Geldbeträge.

Datum _____

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten
(Bei Mitgliedern über 18 Jahren Unterschrift der/des Jugendlichen)

Kontrolliert (Datum), Unterschrift