



Bitte deutlich und in Druckschrift ausfüllen !

Lager

Hiermit melde ich mein Kind/mich zu folgender Freizeit an:

Name des Lagers: HeLa 2018 durchgeführt von: VCP Stamm ScheidterHaufen

Dauer: vom 28.09.18 bis zum 04.10.18

Teilnehmer*in

(Nachname)

(Vorname)

(Straße)

(PLZ, Ort)

(Telefonnummer)

(Geburtsdatum)

Lagerbeitrag

Ich verpflichte mich, den Lagerbeitrag in Höhe von 35 € bis zum 21.09.18 auf folgendes Konto zu überweisen:

Kontoinhaber: VCPS e.V. IBAN: DE05 5905 0101 0035 2010 37

Betreff: [Name des Kindes]+HeLa 2018

Erreichbarkeit

Ich/wir sind während der Abwesenheit unseres Kindes unter folgender Adresse & Telefonnummer zu erreichen:

Bestätigung

Ich/wir erlauben unserem Kind (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- in einer Badeanstalt oder in freiem Gewässer unter Aufsicht zu baden
- sich in Kleingruppen vom Lager entfernen
- unter Aufsicht an Segel-, Kanu oder Radtouren teilzunehmen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mein Kind bei grobem Fehlverhalten auf eigene Kosten die sofortige Heimreise antreten muss. Ein Rücktritt von der Teilnahme muss schriftlich erfolgen, dabei wird ein Ersatzanspruch in Höhe der entstehenden Kosten fällig.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Teilnehmer*in)

(Unterschrift Erziehungsberechtigte*r)

Datenschutz

Die in dieser Anmeldung erhobenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer und Geburtsdatum werden ausschließlich zwecks Durchführung der o.g. Veranstaltung erhoben und nur den verantwortlichen Gruppenleitern zur Verfügung gestellt. Im Anschluss an die Veranstaltung werden sie vernichtet bzw. gelöscht.

Gemäß §34, 35 BDSG haben Sie jederzeit die Möglichkeit Auskunft bzgl. der zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten, sowie die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner Angaben zu verlangen.

Entsprechende Anfragen richten Sie bitte an:

VCP Gau Saar
Gauältester
Magdeburger Straße 76
66121 Saarbrücken

Bitte deutlich und in Druckschrift ausfüllen!

Dieser Bogen dient zur Information der Gruppenleiter im medizinischen Ernstfall. Die erhobenen Daten werden nur den verantwortlichen Gruppenleitern zur Verfügung gestellt. **Er kann zur Wahrung der Diskretion gerne in einem verschlossenen Umschlag zurückgesandt werden.**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Name der
Krankenkasse:
Ort der zust.
Geschäftsstelle:

Hauptversicherter:

Geburtsdatum des
Hauptversicherten:

Impfungen

Tetanus:	<input type="checkbox"/> Ja	(Datum d. letzten Impfung)	<input type="checkbox"/> Nein	Masern/Mumps/Röteln	:	<input type="checkbox"/> Ja	(Datum d. letzten Impfung)	<input type="checkbox"/> Nein
Polio:	<input type="checkbox"/> Ja	(Datum d. letzten Impfung)	<input type="checkbox"/> Nein	Hepatitis B:		<input type="checkbox"/> Ja	(Datum d. letzten Impfung)	<input type="checkbox"/> Nein
Diphtherie:	<input type="checkbox"/> Ja	(Datum d. letzten Impfung)	<input type="checkbox"/> Nein	Sonstige:				

Chronische Krankheiten (z.B. Asthma, Diabetes, Epilepsie) / Allergien (z.B. Jodallergie, Pflasterallergie, Nahrungsmittelunverträglichkeiten):

Folgende Medikamente müssen regelmäßig (Wann? Wie oft? Wie viel?) eingenommen werden:

Einverständniserklärung:

Die im Gesundheitsbogen erhobenen Daten, insbesondere Daten zum Impfschutz, Krankheiten, Allergien und benötigte Medikamente dienen der Sicherstellung einer fachgerechten Versorgung im Ernstfall. Die gespeicherten Daten werden nach Ende der Veranstaltung vernichtet bzw. gelöscht.

Gemäß §34, 35 BDSG haben Sie jederzeit die Möglichkeit Auskunft bzgl. der zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten, sowie die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner Angaben zu verlangen.

Durch meine Unterschrift willige ich in die Verarbeitung der o.g. personenbezogenen Daten für die Dauer der o.g. Veranstaltung ein. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

(Ort, Datum)
Erziehungsberechtigte*n)

(Unterschrift, bei Minderjährigen Unterschrift der