

Anmeldung

Als Teilnehmer*in des VCP Bundeslagers 2022



VERBAND CHRISTLICHER
PFADFINDERINNEN UND
PFADFINDER

Bitte deutlich und in Druckschrift ausfüllen

Lager

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

Name des Lagers: VCP Bundeslager durchgeföhrt vom VCP Gau Saar
Dauer: vom 30.07.2022 bis zum 08.08.2022

An- / Abreise finden voraussichtlich jeweils einen Tag früher / später statt.

Teilnehmer*in

.....
.....
(Nachname) (Vorname)

.....
.....
(Straße) (PLZ, Ort)

.....
.....
(Telefonnummer) (Geburtsdatum)

Lagerbeitrag

Ich verpflichte mich, den Lagerbeitrag in Höhe von 200€ bis zum 31.03.2022 auf folgendes Konto zu überweisen:

Kontoinhaber: VCPS e.V. IBAN: DE66 5905 0101 0025 0011 65

Erreichbarkeit

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

.....
.....

Bestätigung

**Alle Teilnehmenden ab dem 16. Lebensjahr müssen genesen oder geimpft und negativ getestet sein (2G+).
Teilnehmende, die das 16. Lebensjahr noch nicht erreicht haben müssen geimpft, genesen oder getestet sein (3G).
Ein entsprechender Nachweis gemäß den geltenden Rechtsverordnungen ist bei Abfahrt vorzulegen.**

Ich/wir erlauben unserem Kind	Ja	Nein
in einer Badeanstalt oder freiem Gewässer unter Aufsicht zu baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich in Kleingruppen vom Lager zu entfernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unter Aufsicht an Segel-, Kanu oder Radtouren teilzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos, die während des Lagers gemacht werden, für die Öffentlichkeitsarbeit des VCP Gau Saar und seiner Stämme verwendet werden.

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 / 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

Gesundheitsbogen

für das Bundeslager des VCP



VERBAND CHRISTLICHER
PFADFINDERINNEN UND
PFADFINDER

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:

Krankenkasse: Versichertennummer:

Impfungen (Alternativ bitte Kopie des Impfpasses beilegen)

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)

.....
(Unterschrift, bei Minderjährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigte*n)