**Anmeldung zur**

48. KINDER- und JUGENDFERIENAKTION – CAMP 2017

Ich bitte um die Aufnahme meines Kindes als Teilnehmer an der 48. Kinder- und Jugendferienaktion der Katholischen Militärpfarre beim Militärkommando KÄRNTEN (29.07.2017-12.08.2017)

€ Kinderferienaktion € Jugendferienaktion

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Name des Kindes** | Geschlecht: M W |
| **2. Geboren am**6-13 Jahre Kinderferien14-16 Jahre Jugendferien |  |
| **3. Name der Eltern****bzw. des Erziehungsberechtigten** |  |
| **4. Telefonische****Erreichbarkeit während des Ferienlagers** |  |
| **5. PLZ, Wohnort****Strasse** |  |
| **6. e-Mail-Adresse** |  |
| **7. Dienststelle bzw.****Einheit bei Heeresangehörigen** |  |
| **8. Dauer des Aufenthaltes**(Nichtzutreffendes streichen) | Kinder:  |

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind bei allen Aktivitäten, welche während des Ferienlagers durchgeführt werden, mitmacht.

Das umseitige **„Gesundheitsblatt“** wurde von mir für einen eventuellen Arztbesuch (Unfall, Krankheit) meines Kindes ordnungsgemäß und der Wahrheit entsprechend ausgefüllt. Ich bin damit einverstanden, dass bei einem Notfall oder einer Erkrankung der nächstmögliche Arzt bzw. das Landesklinikum Klagenfurt am Wörthersee aufgesucht wird.

........................... ..................................................................

 Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten

# GESUNDHEITSBLATT

(unterliegt dem Datenschutz)

Name des **Kindes:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name des **Versicherten**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Versicherungsnummer**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Arbeitgeber:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Notfall-Verständigung (jederzeit)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Telefon)

**Impfungen, wie z.B. FSME/Zecken (bitte ankreuzen, wenn Impfschutz noch vorhanden):**

 O \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 O \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 O \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 O \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 O \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Blutgruppe:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bisherige Operationen:** O Blinddarm

O Mandeln

O Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allergien:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medikamente (laufend zu nehmen):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mein Kind ist** O Schwimmer

 O Nichtschwimmer

**Heimwehkind**: O ja O nein O eventuell

**Sonstige wichtige Mitteilungen oder Einschränkungen (körperliche Belastung):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ort, Datum) (Unterschrift)

Dieses Gesundheitsblatt ist ausschließlich zur Weitergabe an einen Arzt vorgesehen und wird von der Militärpfarre und den Betreuern der Kinderferienaktion streng vertraulich behandelt (Datenschutzgesetz)!