

# BETREUUNGSBOGEN FÜR DAS FERIENZELTLAGER LILLE BODSKOV 2018

**Bitte vollständig (leserlich!) ausgefüllt am Abfahrtstag abgeben!!**

BITTE ANKREUZEN: **KNIRPSENLAGER 8-11 JAHRE**  **KINDERLAGER 10-13 JAHRE**  **JUGENDLAGER 14-17 JAHRE**

Landkreis Stade, -Jugendpflege-, Am Sande 2, 21682 Stade t 0 41 41 / 12 5190 oder 5192

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Wir sind während des Zeltlagers im Urlaub: **Nein**  **Ja**  Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wenn ja, wo und wie sind sie zu erreichen: \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich (bitte Namen und Uhrzeit angeben): \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Weitere Notruftelefonnummern während der Freizeit: \_\_\_\_\_  
(Bei Freunden oder Verwandten – bitte den Namen angeben! Bedenken Sie, diese Personen rufen wir NUR an, wenn wir Sie nicht erreichen können!)

**Unser/Mein Kind hat einen aktuellen Impfschutz gegen:**  Tetanus

## Mein / unser Kind:

Hatte in den letzten 6 Wochen einen Kopflausbefall **Ja**  **Nein**  Hatte in den letzten 6 Wochen im engen Umfeld (Klasse, Freundeskreis) einen Kopflausbefall **Ja**  **Nein**  Was wurde dagegen unternommen:

Muss eine Zahnsperre tragen: **Ja**  **Nein**  Wann: \_\_\_\_\_

Muss nachts für einen Klo Gang geweckt werden, damit Einnässen ausgeschlossen werden kann: **Ja**  **Nein**   
(Diese Information ist für die Betreuer sehr wichtig und wird wie alle anderen Information vertraulich behandelt.)

Hat folgende Allergien: \_\_\_\_\_

Hat folgende Lebensmittelunverträglichkeiten: \_\_\_\_\_  
(Was darf nicht verzehrt werden?)

## Muss folgende Medikamente regelmäßig einnehmen (bitte Rückseite für zusätzliche Medikamente nutzen):

Name des Medikaments: \_\_\_\_\_ wirkt wogegen: \_\_\_\_\_

Einnahme : \_\_\_\_\_ Dosierung pro Einnahme: \_\_\_\_\_  
(z.B. nach dem Frühstück)

Name des Medikaments: \_\_\_\_\_ wirkt wogegen: \_\_\_\_\_

Einnahme : \_\_\_\_\_ Dosierung pro Einnahme: \_\_\_\_\_  
(z.B. nach dem Frühstück)

**Weitere wichtige Mitteilung für die Jugendleiter/innen zur Betreuung Ihrer Kinder/Ihres Kindes:** (z. B. Körperliche Einschränkungen, besondere Schüchternheit, neigt zu Heimweh, Verhaltensauffälligkeiten z. B. aggressiv, ADS, ADHS, Konzentrationsmangel, Kontaktschwierigkeiten zu Gleichaltrigen ....):

Diese Betreuungserklärung muss vollständig ausgefüllt und unterschrieben sein, ansonsten kann die umfassende Betreuung ihres Kindes / ihrer Kinder nicht gewährleistet werden.

Ich/Wir versichere/n, dass die von mir/uns gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Dieser Bogen und jegliche Angaben, die hier gemacht und datentechnisch verarbeitet wurden, werden sechs Monate nach der Ferienfahrt vernichtet.

Ort, Datum, Unterschrift (eines Personensorgeberechtigten bei Minderjährigen)