



## Anmeldung Sommerlager 2026

Hiermit melde ich mich / unser Kind zur oben genannten Veranstaltung verbindlich an.

<b>Wo?</b>	Jugendburg "Jomsburg" bei Kiel Adresse: Lindenweg 1, 24299 Dänisch-Nienhof
<b>Wann?</b>	Wölflinge: 11.07. - 18.07. Siplinge: 09.07.-18.07 Mitarbeitende: 09.07.-18.07.
<b>Preis?</b>	Wölflinge: 165 € Siplinge: 175 € Mitarbeitende/Leitende: 155 €

### ***Persönliche Daten:***

Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Pfadfinderstamm:	

Adresse des/r **Personensorgeberechtigten** während des Lagers /  
Wer ist im Notfall zu verständigen:

Vorname:	Nachname:
Straße/Hausnummer:	
PLZ:	Ort:
Telefonnummer tagsüber:	ggf. Telefonnummer abends:

***Sollten wir nicht erreichbar sein, bitten wir, die folgende Person zu benachrichtigen:***

Name:	Telefonnummer:
-------	----------------

## Medizinische Daten

Krankenkasse:	Versichertennummer:
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	
Datum der letzten Tetanusimpfung:	

Einverständniserklärung zur **Medikation** (Bitte auch mit der Stammesleitung absprechen)

Name und Wirkung des Medikaments/der Medikamente:	
<input type="checkbox"/> Der/Die Teilnehmer/in nimmt die Medikamente selbstständig ein	<input type="checkbox"/> Ich beauftrage das Team, das Medikament/die Medikamente im Bedarfsfall auszugeben, den/die Teilnehmer/in bei der Anwendung zu unterstützen
Im Falle folgender Symptome/Geschehnisse ist das Medikament zu geben:	
Notizen zu Gebrauch/Dosierung/ Lagerung:	
wurde/ wird in den Gebrauch/ die Dosierung des Medikamentes eingewiesen.	

### Besondere Hinweise:

(Krankheiten, Allergien, Unverträglichkeiten, Heimwehneigung, Besonderheiten bei der Ernährung...) <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> ADHS / ADHD <input type="checkbox"/> Jod <input type="checkbox"/> Wespen-/Bienenstiche <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Laktose <input type="checkbox"/> Nüsse <input type="checkbox"/> Vegetarisch <input type="checkbox"/> Vegan  <input type="checkbox"/> Medikamente / Welche ? _____ <input type="checkbox"/> Allergien / Welche ? _____ <input type="checkbox"/> Obstsorten / Welche / ? _____ <input type="checkbox"/> Sonstige Lebensmittelunverträglichkeiten: _____  Die Unverträglichkeit/Allergie ruft folgende Symptome hervor: _____  Weitere Besonderheiten (z.B. häufige Kopfschmerzen, Bettnässer, ...): _____
---

Ohne Ihre Zustimmung ist es uns per Gesetz nicht erlaubt Ihrem Kind Medikamente zu verabreichen. Unsere jahrelange Erfahrung hat jedoch gezeigt, dass es in bestimmten Alltagssituationen möglich ist vor Ort, ohne ärztlichen Beistand, Medikamente kurzfristig zu verabreichen. Bei unklaren Krankheitsbildern wird natürlich ärztlicher Rat hinzugezogen.

Ich stimme der Verabreichung folgender Medikamente zu:

- Fenistil (Mückenstiche, Sonnenbrand)
- Voltaren (Verstauchungen/Prellungen)
- Betaisodonna (kleine Wundversorgung, Schürfwunden)
- Sonnencreme/-milch

Ich stimme der Entfernung von Zecken und Fremdkörpern (wie Splitter etc.) zu (Zeckenbisse werden dokumentiert und mit diesen Unterlagen zu ihrer Info wieder an sie weitergeleitet.)

Hiermit erteile/n wir/ich der Freizeitleitung die Vollmacht, im Notfall die Genehmigung für eine dringende ärztl. Maßnahme (auch im Ausland) für unser Kind zu geben, falls die Zustimmung der/des Sorgeberechtigten nicht rechtzeitig eingeholt werden kann.

Ja  Nein

#### Badeerlaubnis

Der/Die Teilnehmer/in ist Schwimmer/in und hat folgendes Schwimmbzeichen:	Der/Die Teilnehmer/in ist Nichtschwimmer	
Der/Die Teilnehmer/in kann sich mind. 10 Minuten ohne Hilfsmittel über Wasser halten (bitte ankreuzen)		
<input type="checkbox"/> im Schwimmbad	<input type="checkbox"/> im Badesee	<input type="checkbox"/> im bewegten Wasser (See, Fluss, Wellenbad, Meer)
Der/Die Teilnehmer/in darf während der Freizeit unter Aufsicht schwimmen		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

#### Freizeit

<input type="checkbox"/> Der/Die Teilnehmer/in darf mit einer Gruppe (unter Aufsicht) Kanu fahren
---

#### Medien

<input type="checkbox"/> Der/Die Teilnehmer/in darf auf Fotos/Videos in Veröffentlichungen der beteiligten Kirchengemeinden (Pfadfinderbilderabend, Gemeindebrief, Homepage, ...) abgebildet sein
---

Uns ist bewusst, dass eine permanente Beaufsichtigung nicht gewährleistet werden kann. Uns ist bewusst, dass eine reibungs- und risikolose Erfüllung der Aufsichtspflicht erfordert, dass sich der/die Teilnehmer/in an Absprachen, Anweisungen und Verbote der Aufsichtsperson hält. Wir wissen, dass der/die Teilnehmer/in bei mehrmaligen groben Verstößen gegen die Anordnung der Aufsichtsperson auf eigene Kosten nach Absprache mit den Personensorgeberechtigten nach Hause geschickt werden kann.

Wir bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit unserer Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift des/der Sorgeberechtigten oder volljährigen Lagerteilnehmer/in

Der Beitrag ist bis zum 07.06.2026 an das folgende Konto zu überweisen.

Kontoinhaber: Ev.-Luth. Kirchenkreis Hamburg-West/Südholstein

IBAN: DE77 5206 0410 2706 4900 00

Verwendungszweck: REGP Altona SoLa 2026, *Name des Teilnehmenden*

Bei Abmeldung nach Anmeldeschluss verbleiben 100 € als  
Verwaltungskostenaufwand bei der Kirchengemeinde.