



## SOLA 2018 7. – 14. Juli 2018

Endlich ist es wieder so weit, das Sommerlager der Jubla Schenkenbergertal steht vor der Tür!  
Unter dem Lagermotto „Mission Impossible“ erleben wir 7 spannende Tage in Tenna GR in einem tollen Lagerhaus.

**Jubla Mitglieder: Fr. 220.- ( ab 2. Kind Fr. 200.- )**

**Andere Kinder: Fr. 250.- ( ab 2. Kind Fr. 230.- )**

Einzahlung mit IBAN: CH69 8070 4000 0069 4887 4, Jubla Schenkenbergertal, 5107 Schinznach Dorf

Vorbereitungsabend/Informationsabend: folgt.

Mit ihrer Unterschrift willigen sie ein, Fotos ihrer Kinder auf der Website und Facebook für  
Eigenwerbung zu veröffentlichen.

**Bitte für jedes Kind eine einzelne Anmeldung ausfüllen!**

**Versicherung ist Sache der Teilnehmer!**

---

---

Vorname  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Name  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Strasse/Nr  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. PLZ/Ort  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Geburtsdatum

E-Mail  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Name der Eltern  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Unterschrift der Eltern

Rega Gönnermitglied ja  nein

Bemerkungen  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Anmeldung an:

[jublaschenkenbergertal@gmail.com](mailto:jublaschenkenbergertal@gmail.com)



## Medikamentenpass

Liebe Mutter, Lieber Vater

In der Natur leben und austoben bedeuten manchmal auch Bobo, Pflasterli, Halsweh,...  
Die Angaben auf diesem Blatt helfen uns während dem Lager richtig zu reagieren.  
Dieses Dokument unterliegt der Geheimhaltung und wird vom Lagerleiter verwahrt.

**Name** Klicken Sie hier, um Text einzugeben. **Vorname** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Geburtsdatum** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Adresse + Telefonnummer der Eltern während dem Sommerlager**  
(oder zu benachrichtigende Person)

**Adresse** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Telefonnummer** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Name des Vaters** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Name der Mutter** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Krankenkasse:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Policennr.:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Muss bei ihrem Kind was beachtet werden bezüglich **Allergien**?  Ja  Nein

Wenn ja Woran leidet ihr Kind?

- Heuschnupfen
- Asthma
- Sonstiges:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Welches **Medikament** verträgt das Kind nicht?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.



Wenn ihr Kind **Medikamente** braucht:

- Was und wann muss ihr Kind einnehmen?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

- Wieviel?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

- Muss es beim Einnehmen überwacht werden?  Ja  Nein

Hat ihr Kind in den letzten zwölf Monaten eine **Starrkrampfimpfung** erhalten?

Wenn ja, wann  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

---

**Bemerkungen:**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Ort:**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Datum:**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Unterschrift der Eltern:**