



## **Anmeldung SOLA 19**

### **Sommerlager 2019      Sa, 6. – 13. Juli 2019**

Endlich ist es wieder so weit, das Sommerlager der Jubla Schenkenbergertal steht vor der Tür!  
Unter dem Lagermotto „Im Geheimdienst der Jubla“ erleben wir 7 spannende Tage 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

### **Vorbereitung- und Infos am Elternabend vom 12. Juni 2019**

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 \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Strasse/Nr \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Name der Eltern \_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern \_\_\_\_\_

Anmeldung an:

Pascal Meier  
Lindenstrasse 20  
5107 Schinznach Dorf  
oder  
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 von der Lagerleitung verwahrt.

<b>Name</b> _____	<b>Vorname</b> _____
<b>Geburtsdatum</b> _____	
<b>Adresse + Telefonnummer der Eltern während dem Sommerlager</b> (oder zu benachrichtigende Person)	
<b>Adresse</b> _____	<b>Telefonnummer</b> _____
<b>Name des Vaters</b> _____	<b>Name der Mutter</b> _____
<b>Krankenkasse:</b> _____	<b>Policennr.:</b> _____

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

Wenn ja Woran leidet ihr Kind?

- Heuschnupfen  
 Asthma  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Welches **Medikament** verträgt das Kind nicht?

\_\_\_\_\_

Wenn ihr Kind **Medikamente** braucht:

- Was und wann muss ihr Kind einnehmen?

\_\_\_\_\_

- Wieviel? \_\_\_\_\_

- Muss es beim Einnehmen überwacht werden?  Ja  Nein

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

Wenn ja, wann

\_\_\_\_\_

Rega Gönnermitglied ja  nein

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern: \_\_\_\_\_