# Informationen zum Pfingstlager 2024

## Treffpunkt: 18.05.2024, um 8.00 Uhr, Grabs Post Rückkehr: 20.05.2024, um 15.30 Uhr, Grabs Post Anmeldeschluss: 15. April 2024

Wer darf mit? alle Kinder ab der 1.Klasse,

Religionszugehörigkeit spielt KEINE Rolle Vereinsmitgliedschaft NICHT obligatorisch

Lagerbeitrag: für einen Teilnehmer: CHF 50.- Finanzierungshilfen sind möglich! Bitte kontaktieren Sie die Lagerleitung.

Einzahlungen bitte bis 15.04.2024 direkt an:

St.Galler Kantonalbank AG IBAN-Nummer: CH92 0078 1628 1208 5200 0

Konto: Jungwacht Blauring Gams

Kontaktadresse: Corsin Lenherr (Adresse für Grabserstrasse 1

Anmeldung) 9473 Gams

Jan Murk

078 729 71 11

[Jan.murk.official@gmail.com](mailto:Jan.murk.official@gmail.com)

Die Anmeldung kann auch dem zuständigen Gruppenleiter abgegeben werden. Bitte für jedes Kind eine eigene Anmeldung ausfüllen.

# Pfingstlager-Anmeldung

***(bis 15.April 2023 an Corsin Lenherr)***

|  |  |
| --- | --- |
| Vorname: |  |
| Name: |  |
| Adresse: | Ort/PLZ: |
| Telefon: |  |
| Natel Eltern: | (während den Ferien) |
| E-Mail Eltern: |  |
| Geburtsdatum: |  |

Datum und Unterschrift der Eltern:

*Bitte senden Sie diese Anmeldung bis zum 15. April 2024 an untenstehende Adresse. Vergessen Sie nicht der Anmeldung das vollständig ausgefüllte Blatt*

*„Medizinische Infos“ und eine Kopie des Impfausweises beizulegen.*

Anmeldeadresse: Corsin Lenherr

Grabserstrasse 1

9473 Gams

Oder an: [jan.murk.official@gmail.com](mailto:jan.murk.official@gmail.com)

# Medizinische Infos

**Name** Adresse Telefon

### Vorname

PLZ/Ort

### Hausarzt

Name Adresse

Telefon PLZ/Ort

### Krankenkasse

Name Vers.Nr.

Standort

Das Kind ist gegen Starrkrampf (Tetanus) geimpft. Letzte Impfung:

Das Kind ist BettnässerIn. Bemerkung:

Das Kind leidet unter Allergien oder anderen chronischen Krankheiten Welche? Wie muss das Leitungsteam reagieren?

Das Kind muss (regelmässig) Medikamente einnehmen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Medikament | Gegen was? | Einnahmezeit(en) | Selbständige Einnahme? |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Zusätzliche Bemerkung(en)

Dies ist meine Einwilligung an die Leitung, im Notfall ohne vorherige weitere Benachrichtigungen die notwendigen Schritte für eine medizinische Behandlung zu veranlassen

Ort/Datum Unterschrift

**Bitte Kopie des Impfausweises beilegen. Versicherung ist Sache der Teilnehmer!**