



ANMELDUNG ZUR PFADFINDERGRUPPE GRAZ 10

Daten des Kindes

Familienname: _____ Vorname: _____ Spitzname: _____
Geburtsdatum & Ort: _____ T-Shirt Gr. (5/6, 7/8, 9/11, 12/14, S, M, L, XL): _____
Adresse; PLZ; Ort: _____
Tel.-Nr.: _____ E-Mail: _____
Beruf.: _____

Daten der Erziehungsberechtigten

Erziehungsberechtigte/r 1:

Adresse; PLZ; Ort: _____

Beruf: _____

Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____

Erziehungsberechtigte/r 2:

Adresse; PLZ; Ort: _____

Beruf: _____

Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____

Wie habt ihr von den Pfadfinder*innen erfahren?

Geschwister in der Gruppe, wenn ja Name: _____

Altersstufe

Bitte ankreuzen

Biber

Wichtel & Wölfling

Guides & Späher

Caravelles & Explorer

Ranger & Rover

Wir geben das Einverständnis zum Beitritt des Kindes zur Pfadfindergruppe Graz 10

Der Beitragspflicht lt. Anhang werden wir bis zur **schriftlichen** Abmeldung nachkommen. Mit diesem Betrag wird einerseits der Freizeitbetrieb ermöglicht (Kosten Heim Don Bosco und Wiese Straßgang, Materialien, Behelfe, Ausbildung), weiteres auch eine vom Bundesverband vorgeschriebene Registrierung mit **Unfallversicherung** und eine **Haftpflichtversicherung**. Mit der gleichzeitig vorgeschriebenen einmaligen Aufnahmegebühr werden die Kosten für ein Gruppen-T-Shirt, Gruppenliederbuch und Gruppen-Halstuch mit Lederknoten bezahlt.

Für die Dauer der Heimstunden, Veranstaltungen und Lager übernehmen die Jugendleiter/innen der Pfadfindergruppe die Aufsichtspflicht. Wir übertragen daher für diese Zeit die Erziehungsberechtigung den dazu beauftragten Personen.

Die regelmäßige Teilnahme an Heimstunden, Veranstaltungen und Lagern ist für das Gruppenleben sehr wichtig. Wir werden daher diese Teilnahme ermöglichen und auch selbst an Elternabenden, Gruppenveranstaltungen und der Jahreshauptversammlung teilnehmen.

Gemäß § 22 des Datenschutzgesetzes nehmen wir zur Kenntnis, dass obige Daten für interne Informationen und Aussendungen in einer EDV-Anlage gespeichert werden und nur zum Zweck der Registrierung und Versicherung an den Landes- und Bundesverband der Pfadfinder weitergegeben werden. Informationen zum Datenschutz finden Sie auf <http://graz10.at/Kontakt-2/datenschutz.html>. Ich stimme zu, dass Fotos meines Kindes, welche im Rahmen von Pfadfinderaktivitäten erstellt werden, zu Werbezwecken (Gruppenzeitung, Homepage, Schaukasten u. ä.) der Pfadfinder verwendet werden dürfen. Die Gruppe beachtet bei der Publikation der Bilder alle gesetzlichen Bestimmungen und legt ein besonderes Augenmerk auf ethische Grundsätze.

Ort, Datum

Unterschrift der/der(s)Erziehungsberechtigten, der/des Beitretenden





Medizinisches Informationsblatt

Dieses Informationsblatt muss jedes Mitglied - leserlich ausgefüllt und unterschrieben – am Beginn des Pfadjahres bei seinem/ihrem zuständigen Leiter*in abgeben. Diese Daten werden streng vertraulich behandelt und nur im Notfall an medizinisches Personal übergeben, um eine rasche Versorgung zu erleichtern. Das medizinische Datenblatt wird nach dem Ausscheiden aus der Pfadfindergruppe vernichtet/ gelöscht. Bei Änderungen der Daten, wird dies der*in Leiter*innen schnellst möglich mitgeteilt, sodass es im Notfall zu keinen Komplikationen kommt.

Daten des Kindes/ Jugendlichen	
Vor- & Nachname	
Geburtsdatum	
Versicherung; Vers.-Nr.	
Mitversichert bei (Name; Vers.-Nr., Anstalt)	
Diäten, Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> Vegetarier*in <input type="checkbox"/> Veganer*in <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Allergien (z.B. Insektenstiche, ...)	
Medikamente (inkl. Einnahmezeit und – Dosis!)	
Schwimmer*in	<input type="checkbox"/> geübt <input type="checkbox"/> ungeübt <input type="checkbox"/> Nichtschwimmer*in
Radfahrer*in	<input type="checkbox"/> geübt <input type="checkbox"/> ungeübt <input type="checkbox"/> kann nicht Radfahren
Chronische Krankheiten (z.B. Diabetes, Asthma)	
Relevante Operationen (z.B. Blinddarm, Mandeln)	
Impfungen	<input type="checkbox"/> FSME Datum:
	<input type="checkbox"/> Diphtherie/Tetanus Datum:
	<input type="checkbox"/> weitere Impfungen: Datum:
Sonstige Informationen	
Notfallkontakt	
Nachname	
Vorname	
Adresse	
Telefon	

Ich erkläre mich, nach vorheriger Rücksprache mit der Notfallkontaktperson, mit notwendigen medizinischen oder therapeutischen Maßnahmen einverstanden und bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Ich bestätige auch, dass mein Kind im Bedarfsfall von den Leiter*innen rezeptfreie Arzneimittel (wie Desinfektionsmittel bei kleinen Wunden, Kohletabletten, etc.) erhalten darf. Mit der Anmeldung meines Kindes erkläre ich mich bereit, mein Kind, falls es erkrankt oder andere Gründe eine weitere Teilnahme an der Heimstunde unmöglich machen, nach telefonischer Rücksprache, abzuholen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

