






Datenbogen zum Sommerlager 2026

1/2

Dieser Datenbogen komplettiert die Anmeldung zum **Sommerlager** in Bad Wildbad im Schwarzwald vom **19.–31. Juli 2026**, nachfolgend **Lager** genannt, und ist **pro Teilnehmer** auszufüllen.

A) Personalien und Adresse des Teilnehmers 		Ref.-Nr.
Vorname		
Nachname		
Straße		
PLZ, Wohnort		
Geburtsdatum		
Mobil-Nummer(n)		
Gruppenname, Stufe		

B) Privatadresse und Erreichbarkeit der Erziehungsberechtigten 	
Vorname	
Nachname	<input type="checkbox"/> siehe oben
Straße	<input type="checkbox"/> siehe oben
PLZ, Wohnort	<input type="checkbox"/> siehe oben
evtl. Urlaubsanschrift, falls abweichend	
Mobil-Nummer(n)	
Telefon, privat	
Telefon, dienstlich	

C) Notfall-Ersatz-Erreichbarkeit (z. B. Großeltern) 	
Vorname	
Nachname	
Straße	
PLZ, Wohnort	
Mobil-Nr.	
Telefon, privat	

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, daß mein/unser Kind am Lager teilnimmt und übertragen die Aufsichtspflicht für die Dauer des Lagers auf die Leiter des DPSG-Pfadfinderstammes St. Maria Magdalena Geldern. Mir/Uns ist bekannt, daß die Teilnehmer in beschränktem Umfang über freie Zeit verfügen, in der sie nicht unter Aufsicht stehen und daß die Wahrnehmung der Aufsichtspflicht durch die Leiter z. B. während der Nachtruhe nur eingeschränkt erfolgt.

Ich/Wir akzeptiere/n, daß unser Kind vorzeitig nach Hause geschickt werden kann, wenn

- ihr/sein Verhalten oder
 - bewußte Fehlinformationen durch die Erziehungsberechtigten oder
 - Verschweigen wichtiger Informationen derselbigen
- den ordnungsgemäßen Ablauf des Lagers gefährdet. In diesem Fall sind alle anfallenden Kosten, auch für den/die begleitende Leiter von mir/uns unverzüglich zu erstatten.

Im Falle des Nichterreichens ist die Ersatzerreichbarkeit **C)** berechtigt, die Aufsichtspflicht zu übernehmen. Ich/Wir versicher/e/n, daß der Arztbogen gewissenhaft und vollständig ausgefüllt wurde.

Vorstand: Felix Claßen
Elisabethstraße 53
47608 Geldern
☎ (0 15 73) 8 29 14 84
felix@dpsggeldern.de

Carolin Deselaers
Baersdonker Straße 81
47608 Geldern
☎ (01 52) 08 92 73 27
caro@dpsggeldern.de


Finanzen: Thomas Westerfeld
Franz-Hitze-Straße 25
47608 Geldern
☎ (0 28 31) 45 82
westi@dpsggeldern.de


Bankverbindung:
Sparkasse Krefeld
IBAN:
DE14 3205 0000 0323 4379 54
SWIFT-BIC: SPKRDE33




Datenbogen zum Sommerlager 2026

2/2

D) Aufsichtspflicht und Ähnliches 	
Unser Kind kann schwimmen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wir erlauben, daß unser Kind eine geschlossene Badeanstalt besuchen oder an einem öffentlich bewachten oder stammesintern beaufsichtigten See/Strand/Fluß/Talsperre baden und schwimmen gehen darf.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mein Kind hat folgendes höchstes Schwimmabzeichen: → Seepferdchen: Auswahl 1; Bronze: Auswahl 2; Silber / Gold / Rettungsschwimmer: Auswahl 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Mein Kind darf an allen Freizeitaktivitäten teilnehmen. Dies gilt auch für mehrtägige Wanderungen („Hike“), Klettern, Radfahren, Paddeln, Seilbahn- und Sesselliftfahrten, Sportwettkämpfe ...	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mein Kind darf tagsüber ohne Begleitung, aber in Gruppen von mindestens drei Teilnehmern den Lagerplatz verlassen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mein Kind darf während des Lagers in Privat-PKW, in Bussen und Bahnen mitfahren.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mein Kind darf eigenverantwortlich Werkzeuge wie Spaten, Beile und Taschenmesser benutzen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Meine/Unsere Bemerkungen/Einschränkungen: _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

E) Ernährung und Verpflegung 																			
Unser Kind ist Vegetarier/in	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																		
Unser Kind ist Pescetarier/in	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																		
Unser Kind hat eine Nahrungsmittelunverträglichkeit: _____ Stärke: leichtes Unwohlsein <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> lebensbedrohlich _____ Stärke: leichtes Unwohlsein <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> lebensbedrohlich _____ Stärke: leichtes Unwohlsein <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> lebensbedrohlich	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1	2	3	4	5	6														
1	2	3	4	5	6														
1	2	3	4	5	6														
Setzen Sie sich bei einer Angabe bitte zeitnah mit uns in Verbindung, damit die Küche dies berücksichtigen kann.																			

F) Sonstiges 	
Bei unserem Kind sind besondere Auffälligkeiten zu beachten (z. B. Schlafwandeln, Bettnässen, ADHS – oder Anderes). Wenn ja, welche? _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Setzen Sie sich bei einer Angabe bitte zeitnah mit uns in Verbindung, damit die Leiter dies berücksichtigen können.	
Mein Kind besitzt ein gültiges Deutschlandticket für den ÖPNV und hat dieses zur Nutzung im Lager dabei.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ich/Wir habe/n die Punkte und Merkmale auf diesem Blatt gelesen und zur Kenntnis genommen und habe/n meinem Kind auch die wichtigsten Verhaltensregeln erklärt.


Ort, Datum

Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte 



Arztbogen

1/1

Dieses mit Verschwiegenheit behandelte Formular beinhaltet die wichtigsten medizinischen Angaben zum Teilnehmer  ^K, wird gesondert aufbewahrt und nach Abschluß der Maßnahme vernichtet – wird bei eventuell notwendigen Besuchen einer Praxis/Klinik vorgelegt.


A) Personalien und Adresse des Teilnehmers / Patienten		Ref.-Nr.	B) Hausarzt	
Vorname			Name	
Nachname				
Straße			Straße	
PLZ, Wohnort				
Geburtsdatum			PLZ, Ort	
Krankenkasse, Anschrift, Versicherungsnummer				
Name, Geburtsdatum Versicherungsnehmer			Telefon	

C) Medizinische Angaben																			
Ungewöhnliche Reaktionen auf Insektenstiche? _____ Stärke: leichtes Unwohlsein <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> lebensbedrohlich	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein												
1	2	3	4	5	6														
Es sind bestehende/akute/chronische Krankheiten, Allergien oder andere Besonderheiten (z. B. Asthma, Diabetes I/II, Herzfehler, Epilepsie oder anderes) bekannt. Wenn ja, welche? _____ Stärke: leichtes Unwohlsein <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> lebensbedrohlich _____ Stärke: leichtes Unwohlsein <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> lebensbedrohlich _____ Stärke: leichtes Unwohlsein <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> lebensbedrohlich	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1	2	3	4	5	6														
1	2	3	4	5	6														
1	2	3	4	5	6														
Es werden folgende Medikamente regelmäßig benötigt: _____ Einnahme: ____ × morgens, ____ × mittags, ____ × abends _____ Einnahme: ____ × morgens, ____ × mittags, ____ × abends _____ Einnahme: ____ × morgens, ____ × mittags, ____ × abends	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																		
Die Medikamente werden selbständig eingenommen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																		
Ein Medikament fällt unter das Betäubungsmittelgesetz (BTM). Wenn ja, legen wir die Bescheinigungen bei.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																		
Wir erlauben die Verabreichung von frei verkäuflichen und apothekenpflichtigen Mitteln und/oder homoöpathischen Medikamenten und Salben lt. Packungsbeilage des Herstellers.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																		
Tetanus-Impfung Letztes Impfdatum: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																		
FSME-Impfung (Zecken, Frühsommer-Meningoenzephalitis) Letztes Impfdatum: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																		
Sonstige wichtige medizinische / andere Hinweise liegen vor. Wenn ja, ggf. auf einem Beiblatt ausführen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																		

Ich/Wir nehme/n zur Kenntnis, daß lebensrettende Sofortmaßnahmen/operative Eingriffe und/oder Schutzimpfungen, die von einem hinzugezogenen Arzt für dringend erforderlich erachtet werden, bei unserem Kind im gegebenen Fall vorgenommen werden. Ich/Wir

erkläre/n, daß unser Kind nach unseren Wissen frei von **ansteckenden Krankheiten** sowie **frei von Läusen** ist. Sollte sich dies bis zur Abfahrt ändern, teilen wir dieses umgehend der Lagerleitung mit. Die **wahrheitsgemäßen** Angaben bezeuge/n ich/wir.

Ort, Datum

Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte  ^E