

# Jublasurium 2025

## Anmeldung

JUBLA SULGEN



Die Angaben auf diesem Blatt uns, während des Jublasuriums richtig zu reagieren. Wir verpflichten uns, diese Angaben vertraulich zu behandeln. Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Das Personalienblatt wird nach dem Jublasurium vernichtet.

Achtung: Die Teilnehmenden sind durch den Organisator nicht gegen Unfall und Krankheit versichert. Die Teilnehmenden sind für die nötigen Versicherungen selbst verantwortlich.

### Personalien der teilnehmenden Person

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Festnetz: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon:  
(falls vorhanden) \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

### Kontaktadresse für Nofälle während des Lagers (falls möglich in der Schweiz)

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

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

Telefonisch erreichbar unter der Nummer: \_\_\_\_\_

### Private Versicherung

AHV - Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### Hausarzt

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon Praxis: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon:  
(falls vorhanden) \_\_\_\_\_



## Gesundheitszustand

Regelmässig einzunehmende Medikamente (Bezeichnung, Dosierung, Einnahmевorschrift):

---

---

---

Sollen die Medikamente durch eine Leitungsperson verabreicht werden:  Ja  Nein

Bemerkungen zum Gesundheitszustand (z.B. nachwirkende Krankheiten und Unfälle, Operationen, Allergien (ggf. Kopie des Allergiepasses beilegen)):

---

---

---

Im Fall einer schweren allergischen Reaktion (Wespenstich etc.) darf meinem Kind ein Antihistaminikum verabreicht werden:  Ja  Nein

## Allgemeines

Besondere Hinweise an die Küche (Vegetarismus, Lebensmittelunverträglichkeiten...):

---

---

---

Bemerkungen und Empfehlungen (Heimweh, Bettnässen, Sorgen, Ängste, besondere Eigenschaften):

---

---

---

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

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_