



Anmeldung Sommercamp 02.-08.08.2026

Bis 25. April 2026 beim
Teamleiter abgeben

T-Shirt-Größe: _____

Adresse Teilnehmer

Vorname	
Nachname	
Straße	
PLZ	Ort
E-Mail Adresse (für Campinfos per Mail)	

Im Notfall zu informieren

Vorname	
Nachname	
Telefonnummer	
Mobil	
E-Mail Adresse	

Allgemeine Infos:

Geburtsdatum
Alter zum Zeitpunkt der Aktion
Vegetarier: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Badeerlaubnis:

Im Fluß / See	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Im Schwimm-/Freibad	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwimmer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwimmabzeichen	_____	

Unser Kind darf Nachwache machen

☐ ja ☐ nein

Unser Kind darf sich gemeinsam mit anderen Teilnehmern, nach
Absprache mit dem Verantwortlichen Leiter, ohne Aufsicht von der
Gruppe entfernen.

☐ ja ☐ nein

Ich wähle Reiten ☐

oder

Fische ☐

Mit der Unterschrift auf der Anmeldung erkläre ich mich mit folgenden Punkten
einverstanden:

■ Recht am eigenen Bild (nach §§22-24 KunstUrhG)

Mit der Anmeldung erkläre ich mich mit der Veröffentlichung von Fotos meines Kindes in Print-, Video-, und Onlinemedien der Royal Rangers einverstanden, die im Rahmen der Aktion angefertigt wurden. Es kann jederzeit der Aufnahme oder der Nutzung einzelner Bilder widersprochen oder die Löschung eigener Bilder von der Homepage der Royal Rangers verlangt werden.

■ Daten:

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten aus der Anmeldung in elektronischer Form gespeichert und ausschließlich für Royal Rangers-Camp-Zwecke verwendet werden.

■ Campordnung:

Mit Unterschreiben der Anmeldung erkläre ich, dass ich die Campordnung einhalten werden. Bzw. ich die Campordnung gelesen haben, und damit einverstanden bin.

■ Ärztliche Behandlung:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Bedarfsfall in Ärztliche Behandlung gegeben wird.

Bitte wenden!!



Gesundheit

Während der gesamten Aktion stehen den Teilnehmern Personen zur medizinischen Erstversorgung zur Verfügung. Schwerere Verletzungen werden durch Ortsansässige Ärzte, oder im Krankenhaus behandelt.

Letzte Tetanusimpfung (Datum)	Letzte FSME (Zecken) Impfung (Datum)	Krankenkasse
Allergien und Lebensmittelunverträglichkeiten		
Krankheiten, Gesundheitliche Einschränkungen und Besonderheiten		

Medikamente	Form (Tabletten, Tropfen?)	Dosierung + Zeitpunkt der Verabreichung			Lagerung? z.B. Kühlschrank
		morgens	mittags	abends	

Verabreichung der Medikamente

Besonderheiten und Risiken bei der Verabreichung?

Medikamente dürfen verabreicht werden durch:

☐ Erste Hilfe-Verantwortlicher

☐ Teamleiter:

Name:

☐ Sonstige Personen:

Name:

Mit der Unterschrift auf dieser Anmeldung bevollmächtigen wir die oben genannten Personen unserem Kind für die Zeit der Aktion die aufgezählten Medikamente zu verabreichen.

Im Falle einer ärztlichen Behandlung sind wir damit einverstanden, dass ärztlich angeordnete Medikamente für die Dauer der Aktion gegeben werden.

☐ ja ☐ nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Ersthelfer, mein Kind im Bedarfsfall, mit Handelsüblichen, nicht Rezeptpflichtigen Desinfektionsmitteln, Salben usw. behandelt und Zecken sofort entfernt.

☐ ja ☐ nein

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer

Unterschrift mindestens eines vertretungsberechtigten Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen
