



Anmeldung Herbst Hajk

Bis 11.10.2025 beim Teamleiter
abgeben

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
Sonstige Lebensmittelunverträglichkeiten

Essen		
Vegetarier	☐ ja	☐ nein
Laktoseunverträglichkeit	☐ ja	☐ nein
Glutenfrei	☐ ja	☐ nein
Vegan	☐ ja	☐ nein

Ich bin einverstanden, dass mein Kind in Gruppen altersgemäße Aktivitäten auch ohne Aufsicht, jedoch nur nach Erlaubnis durch die Leitung, eigenständig unternehmen darf.	☐ ja	☐ nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Einverständniserklärung

■ 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-Hajk-Zwecke verwendet werden.

■ Hajk - Ordnung

Mit Unterschreiben der Anmeldung erkläre ich, dass ich die Hajk Ordnung gelesen, damit einverstanden bin und sie einhalten werde.

■ Ärztliche Behandlung

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Bedarfsfall in Ärztliche Behandlung gegeben wird. Im Falle einer notwendigen ärztlichen Behandlung darf im Krankheitsfall eine ärztliche Behandlung meines Kindes stattfinden. Ärztlich angeordnete Medikamente dürfen für die Dauer der Aktion gegeben werden. Sofern irgendwie möglich halten wir natürlich mit den Eltern Rücksprache.

Ich bin einverstanden, dass die Teamleiter Zecken am Körper meines Kindes entfernen darf
Krankenkarte und Impfausweises ist trocken im Rucksack vorhanden.

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.

Krankenkasse	Letzte Tetanusimpfung (Datum)	
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.

☐ ja ☐ nein

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer

Unterschrift mindestens eines Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen