

Anmeldung für die Pfadi Stein

Hiermit melde ich mein Kind für die Pfadi Stein an.

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Strasse:

Postleitzahl/Wohnort:

Telefon:

Handy Mutter:

Handy Vater:

E-Mail:

Namen der Eltern:

Ort und Datum:

Unterschrift der Eltern:

.....

Anmeldung an:

Philipp Stocker v/o Gorky

Hauptstrasse 16

4324 Obermumpf

abteilung@pfadithierstein.ch



*Datenschutzerklärung der
Pfadibewegung Schweiz*



WhatsApp Gruppe

Mit der Unterschrift der Erziehungsberechtigten wird ein Einverständnis mit der Datenschutzerklärung der PBS bestätigt. Bitte nehmen Sie ausserdem zur Kenntnis, dass die Aktivitäten der Pfadi fotografisch oder filmisch dokumentiert und sowohl Einzel- als auch Gruppenfotos der Teilnehmenden erstellt werden können, um diese an Abteilungsanlässen zu zeigen, auf der Internetseite der Abteilung oder auf den sozialen Medien zu veröffentlichen. Sollten Sie oder Ihr Kind damit nicht einverstanden sein, wenden Sie sich bitte an die Abteilungsleitung. Gleiches gilt, wenn Sie nachträglich ein bestimmtes Foto entfernt haben möchten. Besten Dank--.

Ein allfälliger Austritt aus der Pfadi ist an dieselbe Adresse zu melden. Nach Erhalten der Anmeldung wird Ihnen eine E-Mail mit den Zahlungsinformationen für den Jahresbeitrag von Fr. 55.- (bzw. des Halbjahresbeitrag von Fr. 27.50) zugestellt. Auf Verlangen kann ein Einzahlungsschein ausgegeben werden.

Gesundheitszustand

Müssen regelmässig Medikamente eingenommen werden? ☐ Nein ☐ Ja

Welche:.....
.....
.....

Dosierung:

Kann Sie/ Er selbst die Medikamente einnehmen? ☐ Nein ☐ Ja
(Wenn Nein, bitte unterschreiben)

Ich erlaube der Leitung hiermit, die benötigten Medikamente meinem Kind zu verabreichen.

Bemerkung zum Gesundheitszustand des Kindes (Allergien, Asthma...)

☐ Nein ☐ Ja

Welche:
.....
.....

(Bei schweren Allergien bitte eine Kopie des Allergiepasses beilegen)

Allgemeines

Kann das Kind schwimmen? ☐ Ja ☐ Nein
☐ Anfänger ☐ Fortgeschritten (bis 300m) ☐ Könnner (bis 1000m)

Besonderes was wir noch wissen sollten:(z.B.: Vegetarier/in, etc.)

.....
.....
.....
.....

Ort/Datum :

Unterschrift der Eltern:

Dies ist meine Einwilligung an die Leitung, die notwendigen Schritte für eine medizinische Behandlung sowie, die Abgabe von Medikamenten an den Teilnehmer im Notfall oder bei Krankheit ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen.