

STAMMBLATT 2021/2022

Bitte füllt dieses Blatt gewissenhaft aus und bedenkt, dass wir auf diese Informationen angewiesen sind! Für Nachteile durch unvollständige oder unrichtige Angaben lehnt die Pfadfindergruppe Berndorf jede Haftung ab. Bitte gebt das ausgefüllte und unterschriebene Formular in der nächsten Heimstunde eurem Kind mit.

Kind/Jugendlicher/Junger Erwachsener

Nachname*		Vorname*	
Geburtsdatum*		Geburtsort*	
Religionsbekenntnis*		PLZ*	
Adresse*		Ort*	
SV-Nummer		Krankenkasse	
Name Hauptversicherte/r		SV-Nr. des Hauptvers.	
Telefonnummer (ab CaEx)		E-Mail (ab CaEx)	
Schwimmer	<input type="checkbox"/> geübt <input type="checkbox"/> ungeübt <input type="checkbox"/> Nichtschwimmer		Schulklasse*

Mit * gekennzeichnete Angaben werden an den Landesverband der NÖ Pfadfinder und Pfadfinderinnen im Zuge der Mitgliederregistrierung weitergegeben. Alle anderen Daten stehen nur der Stufen- bzw. Gruppenleitung der Pfadfindergruppe Berndorf zur Verfügung.

Notfallkontakt 1

Nachname		Vorname	
Telefonnummer 1		Telefonnummer 2	
E-Mail			
Adresse		PLZ + Ort	

Notfallkontakt 2

Nachname		Vorname	
Telefonnummer 1		Telefonnummer 2	
E-Mail			
Adresse		PLZ + Ort	

Schutzimpfungen

<input type="checkbox"/> Tetanus	Letzte Impfung:		
<input type="checkbox"/> FSME	Letzte Impfung:		
<input type="checkbox"/> Masern	Letzte Impfung:		
<input type="checkbox"/> COVID-19	1. & 2. Teilimpfung:		
<input type="checkbox"/> Sonstige	Letzte Impfung:		

Allergien & Unverträglichkeiten

Lebensmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	gegen:	
Pollen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	gegen:	
Insekten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	gegen:	
Medikamente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	gegen:	
Sonstige	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	gegen:	
Sonstige	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	gegen:	

Folgende Diäten sind zu berücksichtigen:

Regelmäßig einzunehmende Medikamente:

ja nein

Wenn ja:

Chronische Erkrankungen

ja nein

Wenn ja:

Was wir sonst unbedingt wissen müssen...

Du willst uns unterstützen?

(z.B. mit einem Anhänger, Bastelmaterial, Kochen, usw.) Oder du hast Kontakte zu Unterkünften, Sponsoring, Logistik etc.? Dann freuen wir uns, wenn du dies hier bekannt gibst:

Mit meiner Unterschrift stimme ich folgenden Punkten zu:

- Ich erkläre mich hiermit bereit, dass meinem Kind im Zuge von **Erste Hilfe** Maßnahmen folgende Medikamente bzw. Salben/Sprays verabreicht werden dürfen: Kühl Spray, Verbrennungsspray, Desinfektionsmittel, Bepanthen (oder Äquivalent), Bioflorin (=rezeptfreie Darmflorabakterien), Kohletabletten (v.a. bei Durchfallerkrankungen am Lager sinnvoll), Betaisodona, Euceta & Fenistil (bei Juckreiz nach Insektenstich & Sonnenbrand). Weiters dürfen meinem Kind Zecken entfernt werden.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass die Pfadfindergruppe Berndorf **keine Haftung** für Gegenstände, die in den Heimstunden oder bei Aktionen **verloren** gehen oder beschädigt werden, übernimmt.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass im Zuge des Pfadfinderprogramms unter entsprechender Aufsicht diverse **Lagerbauten** gebaut und dafür Werkzeuge (Hacke, Säge etc.) verwendet werden & dass mein Kind in den Heimstunden oder bei anderen Aktionen in jeder Altersstufe – ebenfalls unter Aufsicht – mit **Feuer** zu tun haben wird. Darüber hinaus werde ich mein Kind bei jeder Aktion dem **Wetter** entsprechend anziehen und ausrüsten.
- Ich stimme zu, dass die Pfadfindergruppe Berndorf **Bild- und Tonträger** zur Dokumentation unserer Vereinstätigkeit speichert und in Printmedien und im Internet (Homepage & Facebook Seite der Pfadfindergruppe) veröffentlicht.
- Sollte es während des Jahres zu **Änderungen** der angegebenen Daten kommen, werde ich diese umgehend den Leiter/innen mitteilen.
- Ich habe das **Stammblatt 2021/2022 gewissenhaft** ausgefüllt und sämtliche Angaben mit meinem Kind besprochen.
- Ich bestätige, den **Registrierungsbeitrag** (siehe Informationsblatt Registrierung 2021/2022) fristgerecht einzuzahlen, damit der Versicherungsschutz meines Kindes gewährleistet werden kann.
- Ich nehme zur Kenntnis und stimme zu, dass die angegebenen **Daten** meines Kindes / meine eigenen Daten (allgemeine als auch besondere) zur Wahrung meiner Interessen bzw. der meines Kindes gespeichert bzw. verarbeitet werden. Die Daten sind den betroffenen Leiter/innen zugänglich (Stufenteam bzw. Gruppenleitung; Registrierungsdaten auch der Registrierungsbeauftragten der Gruppe). Besondere Daten, die nicht der Registrierung dienen, werden nur bei Bedarf zur Interessenswahrung weitergegeben (z.B. notwendige ärztliche Maßnahmen). Mir ist mein Recht bewusst, jederzeit Auskunft über die von mir / meinem Kind gespeicherten Daten zu verlangen (bei der Stufenleitung) bzw. bei Wegfallen der Relevanz der Datenhaltung auch die Löschung dieser.

Ort & Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r