**Wintersportlager in Saas-Grund**

vom Samstag, 23. Februar bis Samstag, 2. März 2019

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personalien des/der Teilnehmer/In** |  |  |
| Name: |  | Vorname: |  |
| Strasse: |  | PLZ / Ort: |  |
| Telefon: |  | Geb. -Datum |  |
|  |  |  |  |
| Halbtaxabonnement: [ ]  Ja [ ]  Nein | Begleiterausweis: [ ]  Ja [ ]  Nein |
|  |  |
| Langlauf: | [ ]  | [ ]  Gut | [ ]  Mittel | [ ]  Anfänger |
| Alpin: | [ ]  | [ ]  Gut | [ ]  Mittel | [ ]  Anfänger |
| Schneeschuhlaufen: | [ ]  | [ ]  Gut | [ ]  Mittel | [ ]  Anfänger |
|  |  |  |  |  |
| Nehme eigene Ausrüstung mit: [ ]  | Mieten die Ausrüstung: [ ]  (Geld mitgeben50-80Fr.) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Krankenkasse: |  | Unfallversicherung: |  |
| Art der Behinderung: |  |
|  |  |
| Epilepsie: | [ ]  Ja [ ]  Nein |  |  |
| Allergien:  | [ ]  Ja [ ]  Nein |  |  |
| Unverträglichkeit: | [ ]  Ja [ ]  Nein |  |  |
| Speisen/Getränke: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medikamente** |  |  |  |
| Nimmt Er / Sie Medikamente [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Name des Medikaments: |  |
| Genaue Dosierung: |  |
| Zeit der Einnahme: |  |
| Verwaltet und nimmt Er / Sie die Medikamente Selbstständig? | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Die mitgebrachte Menge der Medikamente muss für die ganze Lagerdauer reichen.Die Packung der Medikamente ist mit dem Namen zu versehen! |
| Bemerkungen:  |  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Körperpflege** |
| Benötigt Er / Sie Hilfe bei der täglichen Körperpflege  | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Welche Hilfe: |  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name Adresse der Eltern, bzw. Beistand** |  |  |
| Name: |  | Vorname: |  |
| Strasse: |  | PLZ / Ort: |  |
| Telefon: |  | Natel: |  |
| Bemerkungen:  |  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Name, Adresse und Telefonnummer des zuständigen Hausarztes** |
| Name: |  | Vorname: |  |
| Strasse: |  | PLZ / Ort: |  |
| Telefon: |  | Natel: |  |
| Bemerkungen:  |  |
|  |
|  |
|  |
| Im Interesse der Lagerteilnehmer/Innen und der Lagerleiter/Innen bitten wir um vollständige Angaben und ausführliche Beantwortung aller Fragen. |
|  |
| Mitglied bei Insieme Region Brugg – Windisch – Vereinigung Förderung geistig Behinderten? | [ ]  Ja [ ]  Nein |
|  |

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

 (gesetzl. Vertreter)

Senden der Anmeldung bis am 30. November 2018 an: Daniela Rüedi

 Brühlstrasse 2

 5412 Gebenstorf

 076 340 27 76

 daniela.rueedi@sunrise.ch