**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](mailto:daniela.rueedi@sunrise.ch)