

OSTEROS

Das Reich der Unbeugsamen

Bezirk München-Ost
deutsche pfadfinderschaft sankt georg



Liebe Pfadfinderinnen und Pfadfinder des Bezirks München-Ost,

nach drei langen Jahren des Wartens bietet sich zu Pfingsten 2020 endlich wieder die Gelegenheit, mit dem gesamten Bezirk München-Ost und allen Osterosi auf ein gemeinsames Lager zu fahren. Auf dem OSTEROS werden wir gemeinsam den großen Kontinent im äußersten Osten der bekannten Welt kennenlernen!

Wer? DU!

Wann? **Abfahrt:** Sa, 06.06.2020, ca. 9:00 Uhr (genaue Zeit und Ort werden noch bekannt gegeben)

Rückkehr: Sa, 13.06.2020, ca. 17:00 Uhr (genaue Zeit und Ort werden noch bekannt gegeben)

Wo? Willy-Brandt-Zeltlagerplatz in Thalmässing

Was kostets? 135 €

Bitte gebt die Anmeldung bis zum **31.12.2019** bei eurem Stufenleiter ab und überweist den Teilnehmerbeitrag bis zum **10.01.2020** auf das unten angegebene Konto.

Wir freuen uns auf Euch! Deine Bezirksvorstände Lena, Roman und Flo!

Der Teilnehmerbeitrag ist auf folgendes Konto zu überweisen:

Kontoinhaber:	DPSG Stamm U1 e.V.
IBAN:	DE30702501500210475638
BIC:	BYLADEM1KMS
Kreditinstitut:	Kreissparkasse Unterhaching
Betreff:	Bezirkslager 2020 – Name Teilnehmer – Stufe

ANMELDUNG ZUM BEZIRKSLAGER 2020 „OSTEROS“

Hiermit melde ich

meine Tochter meinen Sohn

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Stamm: _____ Stufe: _____

verbindlich zum Bezirkslager 2020 „Osteros“ an.

EMAIL

Bitte schickt mir wichtige Infos zum Lager an folgende Email-Adresse:

BADEERLAUBNIS

Mein/e Tochter/Sohn darf unter Aufsicht schwimmen:

Ja Nein

ANGABEN ZUR KRANKENVERSICHERUNG

Name des Hauptversicherten (über wen versichert?): _____

Krankenversicherung (z.B. AOK, Barmer GEK etc.): _____

IMPFUNGEN

Der/die Teilnehmer/in ist gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) geimpft:

Ja (Datum: _____) Nein (bitte nachholen!)

Der /die Teilnehmer/in besitzt eine Zeckenschutzimpfung (FSME):

Ja (Datum: _____) Nein (nach eigenem Ermessen)

MEDIZINISCHE ERSTVERSORGUNG

Ich erkläre mich einverstanden, dass ich / mein Kind bei Verletzungen der Haut mit dem Desinfektionsmittel "Octenisept Wunddesinfektion" behandelt wird: Ja Nein

Ich erkläre mich einverstanden, dass ein(e) Gruppenleiter(in) mir / meinem Kind im Bedarfsfall Zecken entfernen: Ja Nein

Ich / mein Kind muss regelmäßig folgende Medikamente einnehmen:

--

Ich nehme / mein Kind nimmt die Medikamente selbstständig ein und ich trage Sorge dafür, dass ich / mein Kind die benötigten Medikamente in ausreichender Menge dabei habe / hat.

Ja Nein

BESONDERE ERNÄHRUNG

vegetarisch vegan glutenfrei laktosefrei

sonstiges:

KONTAKTDATEN DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

Telefon: _____ Handy _____

Email: _____

Anschrift: _____

Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

wird vom Stamm ausgefüllt:

überwiesen bar bezahlt sonstiges: _____