



# Holz, Fűr und Rauch – Vo Räuber und Ganovinne

Fit- und Plauschlager

28. April bis 02. Mai 2025 in Teufen

Wir bieten ein vielfältiges Programm passend zu unserem Motto „Holz, Fűr & Rauch – Vo Räuber und Ganovinne“. Mit Sport, Turnen, Spiele ohne Grenzen, Abendunterhaltungen, kleinere Ausflüge und anderen Überraschungen kannst du rechnen.

Das Fit- und Plauschlager ist selbsttragend. Das Leiterteam stellt sich gratis zur Verfügung, weswegen wir einen Lagerbeitrag von **CHF 200.-** verrechnen.

Alle Jugendlichen der Riegen sind teilnahmeberechtigt und zwar ab der 2. Klasse. Erfahrung mit Auswärtsschlafen sollte vorhanden sein.

Wenn genügend Platz vorhanden ist, könnt Ihr auch Brüder, Schwestern oder Freunde/innen mitnehmen. Für Geschwister geben wir auf das zweite und/oder dritte Kind einen Rabatt von CHF 30.-

Bist du dabei? Dann nur noch die Anmeldung ausfüllen!

**Anmeldeschluss ist der Freitag, 28. Februar 2025**

(Poststempel, Anmeldungen werden nach Eingang berücksichtigt).

Bitte veranlasst gleich nach der Bestätigung der Anmeldung die Einzahlung. Unten findet ihr die Infos was, wo hin muss.

## Anmeldung an:

Miriam D'Angelo

Felsenhofstrasse 50, 8635 Dürnten

[miriam.dangelo@hispeed.ch](mailto:miriam.dangelo@hispeed.ch)

oder deiner Leiterin in die Halle bringen.

## Einzahlung an:

Franziska Pfiffner

Ritterhausstrasse 12. 8608 Bubikon

IBAN: CH17 0900 0000 8765 6168 0

**Achtung: Vornamen und Namen des Kindes vermerken**



Das ganze Lagerteam freut sich auf Eure Anmeldung



# Anmeldung

Ich möchte am Fit- und Plauschlager vom 28. April bis 02. Mai 2025 teilnehmen.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Riegenzugehörigkeit: \_\_\_\_\_

Mein Lieblingsessen:

\_\_\_\_\_

Dieses Essen mag ich nicht:

\_\_\_\_\_

Ort, Datum:

Unterschrift der Eltern:

\_\_\_\_\_

# Gesundheitsblatt

Bitte füllen Sie dieses Notfallblatt aus, um uns die Möglichkeit zu geben, bei allfälligen unvorhergesehenen Vorkommnissen schnelle und treffende Maßnahmen zu ergreifen. Diese Gesundheitsdaten werden für die Lagerwoche vom **28. April - 2. Mai 2025** verwendet und können nur von der Lagerleitung eingesehen werden. Die Angaben werden vertraulich behandelt und anschliessend vernichtet.

**Bitte retournieren Sie diese Gesundheitskarte zusammen mit der Anmeldung an:**

Miriam D'Angelo  
Felsenhofstrasse 50  
8635 Dürnten  
miriam.dangelo@hispeed.ch

<b>Personalien</b>			
Name		Geb. Datum	
Vorname		Tel. Nr.	
Adresse		Handy Nr.	

<b>Wer ist im Notfall (Tag und Nacht) zu kontaktieren und auch erreichbar?</b>	
Name	
Telefon	
Handy	

<b>Krankenkasse</b>		<b>Unfallversicherung</b>	
		Privat <input type="checkbox"/> NBU <input type="checkbox"/> bitte ankreuzen	
Name			
Adresse			
Versicherten-Nr.			

<b>Aktueller Gesundheitszustand</b> Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen	
Kürzliche Unfälle, Krankheiten, Bettnässen?	Abgeschlossen?

<b>Allergien (Bitte Ankreuzen)</b> Für weitere Bemerkungen bitte Rückseite benutzen			
<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Insektenstiche	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Lebensmittelallergie
<input type="checkbox"/> Allergisch auf Medikament:		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> weitere Allergien			
Medikament:			

<b>Evtl. Medikamente und Dosis</b>

<b>Allgemeine Bemerkungen / Ergänzungen</b>

### **Lager – Apotheke:**

Für Notfälle ist eine Lagerapotheke mit dabei. Die Apotheke beinhaltet nebst Material für Notfälle (Pflaster, Verbandsmaterial, Material gegen Verbrennungen, Rettungsdecken etc.) auch Medikamente.

Diese dienen dazu, kleinere Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Übelkeit oder Verdauungsprobleme zu bekämpfen.

Grundsätzlich gilt: Die Erziehungsberechtigten entscheiden, wann Medikamente verabreicht oder ein Arzt aufgesucht wird. Da sie nicht vor Ort sind, nehmen wir uns die Freiheit, kleinere Beschwerden, wie oben beschrieben, zu behandeln und zu protokollieren.

Sollten andere Massnahmen erforderlich sein, wie zum Beispiel ein Arztbesuch, werden wir, soweit möglich, im vorherein mit Ihnen als Erziehungsberechtigten Kontakt aufnehmen.

**Ich habe die Informationen zur Lagerapotheke zur Kenntnisgenommen und bin einverstanden.**

Wir bedanken uns für das Vertrauen, das Sie uns entgegenbringen und wünschen in diesem Sinne gute „Gsundheit“ und vielen Dank für Ihre Unterstützung.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten Elternteils