

Infobrief 2 - Sommerfahrt 2025

Liebe Pfadfinder, liebe Eltern,

Nun wird es offizieller! Die richtige Anmeldung startet. Für weitere Infos kann der erste Infobrief zur Rate gezogen werden.

Das Finanzielle:

Der Fahrtenbeitrag beträgt **250€**. Darin sind enthalten: Reisekosten, (Zug, Autos, Sprit), Verpflegung, Versicherung, Übernachtungen und sonstige Aktivitäten.

Der Fahrtenbetrag kann in mehreren Schritten bezahlt werden. Eine erste Anzahlung von 100€ bitte bis zum Anmeldeschluss, dem 13. April, auf folgendes Konto überweisen. Bis zum 31. Juli soll der komplette Betrag bezahlt werden.

Empfänger: Bund der Pfadfinderinnen und Pfadfinder (BdP) Landesverband Möwe
IBAN: DE37 2135 2240 0186 2630 59
SWIFT-BIC: NOLADE21HOL

Als Verwendungszweck geben sie bitte an: Sommerfahrt 2025, Vorname und Name.

Kostenrückerstattung bei Absage: Bis zum Anmeldeschluss erfolgt eine komplette Rückerstattung des Beitrags. Ab dem 17. August kann keine Rückerstattung abgeschlossen werden.

- Bis zum 01. Juni Rückerstattung von 150€
- Bis zum 31. Juli Rückerstattung von 90€

Fahrtenzeitraum im Überblick:

- Startzeitpunkt Sipplinge: 24.08.2025
- Startzeitpunkt Wölflinge: 29.08.2025

Gemeinsame Abreise am: 05.09.2025

Teilnahmevoraussetzungen:

- Wurde im oder vor dem Jahre 2015 geboren
- gültiger Personalausweis/ Reisepass

Anmeldeschluss:

- 13. April 2025

Die beiliegenden Anmeldungen bitte ausgefüllt mit zur Gruppenstunde bringen. Leider können wir nicht, wie gewohnt mit Online Anmeldungen verfahren. Wir wollen uns bei so einer Großfahrt auf der sicheren Seite fühlen.

Bei Fragen stehe ich gerne zur Verfügung. Zudem würde ich mich über eine kleine Rückmeldung per Nachricht/ telefonisch oder in den Gruppenstunden freuen, ob ein Elternabend als Infoveranstaltung gewünscht ist – das lässt sich dann mit Sicherheit einrichten 😊

Gut Pfad
Luis

Verbindliche Anmeldung zur Sommerfahrt 2025

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ/ Ort: _____

Vegan: Ja Nein

Mein Kind darf unter Aufsicht schwimmen: Ja Nein Schwimmabzeichen: _____

Mein/ unser Kind hat bereits oder wird eine Zugfahrkarte für diesen Zeitraum haben.

Mein/ unser Kind hat eine Jugend BahnCard.

Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten (bitte ankreuzen):

Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass

mein/unser Kind sich in Kleingruppen (min. 3 Personen) ohne Aufsicht auch außerhalb des Lagerplatzes/Veranstaltungsortes bewegen darf.

mein/unser Kind im Krankheitsfall in ärztliche Behandlung gegeben wird.

mein/unser Kind teilweise unter der Aufsicht Minderjähriger steht.

während der Veranstaltung erstellte Foto- und Videoaufnahmen, auf denen ich/mein/unser Kind abgebildet bin/ist, vom Stamm ausschließlich zum Zwecke seiner Öffentlichkeitsarbeit gespeichert, intern übermittelt und veröffentlicht werden dürfen, auch im Internet und unter Nutzung fremder Dienste wie z.B. Social Media. Eine kommerzielle Nutzung findet nicht statt.

Teilnahmebedingung

Mit meiner Unterschrift habe ich zur Kenntnis genommen, dass im Falle von hinreichenden Verstößen gegen die Lagerregeln oder Platzordnung, nicht tragbarem Verhalten oder Krankheit & Verletzungen die Erziehungsberechtigten den Teilnehmer abholen oder die anfallenden Kosten für eine Begleitperson tragen müssen. Wird die vorzeitige Abreise des Teilnehmers ausdrücklich gewünscht, wird wie oben genannt verfahren. Bereits angefallene Kosten von Fahrten-/ Lagerkosten werden nicht zurückerstattet.

Unterschrift Teilnehmer

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Gesundheitsbogen Sommerfahrt 2025

Name:	_____	Vorname:	_____
Geb.-Datum:	_____	Stamm:	_____
Straßen + Nr.: _____			
PLZ:	_____	Ort:	_____

Schutzimpfungen:		
<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Windpocken
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Meningokokken
<input type="checkbox"/> Pertussis/ Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Pneumokokken
<input type="checkbox"/> Polio/ Kinderlähmung	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> FSME	<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> _____

Operationen und Vorekrankungen (Asthma, Epilepsie, Splenektomie, ...)

--

Allergien:

--

Medikation (Medikamente, Dosierung, Regelmäßigkeit):

--

- selbstständige Einnahme
- Gruppenleitung sorgt für regelmäßige Einnahme

Hausarzt*in: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Sonstige Anmerkung/ gewünscht
Einschränkungen in Behandlung:

--

Krankenkasse: _____	Hauptversicherter: _____
Krankenkassennummer: _____	Geb.-Datum Hauptv.: _____
Versichertennummer: _____	Karte gültig bis: _____
<input type="checkbox"/> keine Versichertenkarte vorhanden, weil _____	
<input type="checkbox"/> gesonderte Auslandsrankenversicherung: _____	

Im Falle einer Erkrankung/eines Unfalles darf/dürfen (Gruppenleitungen)

Name: _____

Funktion: _____

Geb.-Datum: _____

Name: _____

Funktion: _____

Geb.-Datum: _____

über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen/Unfällen entscheidet der behandelnde Arzt vor Ort.

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles dürfen nur die Erziehungs-/Sorgeberechtigten über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen/Unfällen entscheidet der behandelnde Arzt vor Ort.

Uns/Mir ist nicht bekannt, dass eine akut ansteckende Erkrankung besteht.

Notfallkontakte:

Name: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Funktion: _____

Name: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Funktion: _____

Im Falle der Unterschrift nur eines* einer Erziehungs-/Sorgeberechtigten versichert diese*r an Eides statt, dass der*die andere Erziehungs-/Sorgeberechtigte ebenfalls damit einverstanden ist. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die persönlichen und Behandlungsdaten zum Zwecke der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht. Versichertenkarte, Nachweis über eine Auslandsrankenversicherung (falls vorhanden) und Impfausweis werden mitgeführt. Eine Kopie der Versichertenkarte ist nicht hinreichend.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift