CHECK-IN FORMULAR
Sommercamp 2025

Die Angaben dieses Formulars dienen der Eventleitung bei unvorhergesehenen Notfällen. So kann schneller entschieden werden was zu tun ist. Daher bitte gewissenhaft ausfüllen! **Bei Minderjährigen ist es zugleich die Einverständniserklärung für die Teilnahme des angeführen Jugendlichen.** Bei Geschwistern bitte für jedes Kind ein eigenes Formular ausfertigen.

Vorname: _____ Nachname: _____

Sozialversicherungsnummer: _____ Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ): _____ . _____ . _____

Name u. Arbeitgeber des Versicherten: _____

Adresse der Angehörigen während des Events (Adresse, Ferienadresse oder ev. Adresse von Verwandten):

_____ Telefon: _____

Krankheiten, Allergien, … die zu beachten sind:

☐ Allergie(n):

☐ Diabetes ☐ Asthma ☐ Kreislaufbeschwerden

☐ Sonstiges:

Werden Medikamente eingenommen: ☐ Ja ☐ Nein

Name/Bezeichnung	Dosis (mg)	Einnahme Bsp: 0-0-1

In diesem Fall bitte genügend Medikamente mitgeben und ggf. Dosierung/Anwendung mit dem Jugendleiter besprechen!!

Bemerkungen oder besondere Empfehlungen und Wünsche bzgl. medizinischer Versorgung:

_____

_____

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass von Seiten Shake Youth und der Campleitung/-mitarbeiter kein Unfallversicherungs-schutz besteht. Bei Minderjährigen Teilnehmern: Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind an dieser Veranstaltung teilnimmt.

Mit dieser Unterschrift bestätige ich außerdem, dass ich/der Teilnehmer zum Zeitpunkt der Anreise des ShakeYouth Sommercamp 2025 keine wissentlichen/äußerlichen Anzeichen von Krankheit (Fieber etc.) aufzeige.

Unterschrift (bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten): _____

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos von mir bzw. bei Minderjährigen meinem Kind mit Sorgfalt (also keine Peinlichkeiten, Unfälle etc.) veröffentlicht werden. ☐ Ja ☐ Nein

Dieses Check-In Formular und die E-card bitte verlässlich zum Event mitnehmen. DANKE!

Mit freundlicher Unterstützung des ABÖJ ©