

## Anmeldung des Stammes Heinrich von Plauen

Die folgenden Anmeldung ist für ALLE Aktivitäten des Stammes Heinrich von Plauen gültig (sowohl Gruppenstunde als auch Lager). Bitte gut leserlich und in Druckbuchstaben ausfüllen!

### Teilnehmer/in

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_ Geschlecht: m  w  d

### Eltern/Erziehungsberechtigte

Vor- und Zuname(n): \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

(sofern abweichend, bzw. Ferienadresse der Eltern)

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Notfallnummer(n) der Eltern: \_\_\_\_\_

### Besonderheiten:

Allergien (z.B. Arzneimittel-/Pflaster-/Jodallergie, Nahrungsmittelunverträglichkeiten etc.):

---

---

Chronische Erkrankungen (z.B. Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, etc.):

---

---

Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Grund für die Einnahme, Präparate, Dosierung, etc.):

---

---

Bei meinem Kind ist folgendes zu beachten (z.B. Familiensituation, soziale Schwierigkeiten, Behinderung, Zahnspace tragen, sonstige Besonderheiten):

---

---

**Achtung: Nicht ausgefüllte Bereiche gelten als NICHT Einverstanden!**

Mein Kind darf sich in einer Gruppe von mindestens 3 Personen auch außerhalb des Lagerplatzes frei bewegen.  Ja  Nein

Meine E-Mail-Adresse darf verwendet werden, um Infos des Stammes über den Stammesverteiler zu verschicken. (Bitte nur EINS ankreuzen)  Ja  Nein

- Ich wünsche, dass die E-Mail per BCC verschickt wird und ich bestätige hiermit die E-Mail-Adresse des Stammes aus dem Spamordner zu entfernen.
- Die Mail darf so verschickt werden, dass andere Stammesmitglieder meine E-Mail-Adresse sehen können.

Die Daten meines Kindes dürfen an den Gau Nassau Oranien bei entsprechenden Aktionen weitergegeben werden. Durch Widersprechen dieses Punktes muss für jede dieser Aktionen eine separate Anmeldung ausgefüllt werden.  Ja  Nein

Mein Kind ist haftpflichtversichert.  Ja  Nein

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass mein Kind auf eigene Kosten die Rückreise antreten muss, wenn es gegen die Stammesordnung und/ oder die Anweisungen der Sippenführer und der Lagerleitung wiederholt bzw. gravierend verstößt.

Mir ist bekannt, dass (Teile von) Aktionen von minderjährigen geleitet werden!

**Ich bin damit einverstanden, dass diese Stammesmeldung, die Foto- und Filmvereinbarung, der Notfallbogen, sowie die Zustimmung zur ärztlicher Versorgung im Notfall bis zu meinem Widerruf aufbewahrt werden dürfen. Die Daten werden vertraulich behandelt!**

Ich bestätige, dass alle Unterlagen wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt wurden, und dass ich jegliche Änderungen dem Stamm unverzüglich mitteile.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

## Beantragung von Fördermitteln im Bereich soziale Bildungsmaßnahmen für junge Menschen aus einkommensschwachen Familien

Wir haben die Möglichkeit, für Teilnehmende aus einkommensschwachen Familien, zusätzlich zu den normalen Zuschüssen, weitere 7,50 € pro Tag zu erhalten. Diese zusätzlichen Zuschüsse kommen den einkommensschwachen Teilnehmende direkt zugute – der Teilnahmebeitrag verringert sich um den entsprechenden Zuschussbetrag.

Die unten aufgeführten Punkte sind die Kriterien unter denen man diesen Zuschuss erhalten kann. Durch das Ausfüllen dieser Bestätigung beantragen wir diesen Zuschuss automatisch für jedes Lager, bei dem Ihr Kind teilnimmt.

Bitte beachten Sie, dass diese Erklärung nur einen begrenzten Gültigkeitszeitraum von einem Jahr hat und nach Ablauf entsprechend neu ausgefüllt werden muss.

Hiermit wird bestätigt, dass wir/ich \_\_\_\_\_ im Jahr \_\_\_\_\_  
(Name der Familie/Elternteil)

- gemäß der Landesverordnung vom 16. April 2010 in den Genuss der Lernmittelfreiheit oder der unentgeltlichen Ausleihe von Lernmitteln kommen, \*
- Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II oder SGB XII (Sozialhilfe) erhalten, \*
- Wohngeld beziehen, \*
- aufgrund der Einkommenssituation einen Kinderzuschlag erhalten oder \*
- in vergleichbaren Einkommensverhältnissen leben.\*

*\*(zutreffendes bitte Ankreuzen)*

---

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

## Foto- und Filmvereinbarung

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mein Einverständnis zur Veröffentlichung von Fotos und Filmen, die bei Lagern und Aktionen des Stammes Heinrich von Plauen entstehen, auf denen auch mein Kind zu sehen ist / ich zu sehen bin,

- in den Medien des Stammes (Stammeszeitung),
- auf den Internetauftritten des Stammes (Website, Instagram),
- in gedruckten Produkten wie Flyern oder Werbemitteln wie z.B. Postkarten,
- in Pressemeldungen und Berichterstattungen, die an Journalist\*innen weitergegeben werden.

Die Veröffentlichung darf ohne weitere Nachfrage und auch in Form von Fotomontagen oder unter Entfernung oder Ergänzung von Bildbestandteilen erfolgen. Ich bin damit einverstanden, dass die notwendigen Daten maschinell und ohne zeitliche Beschränkung gespeichert und verarbeitet werden. Die erfassten Daten werden ausschließlich für Zwecke der Verbandsarbeit verwendet. Eine Weitergabe zum Zwecke der Markt- und Meinungsforschung findet **nicht** statt. Mir ist bekannt, dass digitale Bilder aus dem Internet kopiert, woanders verwendet oder auch verändert werden können, ohne dass der VCP darauf Einfluss hätte.

Ich behalte mir das Recht vor, der zukünftigen Veröffentlichung von Fotos und Filmen, auf denen auch mein Kind zu sehen ist / ich zu sehen bin, jederzeit zu widersprechen. Der Stamm wird im Falle eines Widerspruchs das Foto oder den Film zeitnah aus dem von ihm verantworteten Bereich im Internet entfernen. Mir ist bewusst, dass das Löschen aus bereits veröffentlichten Produkten wie z.B. einem Newsletter einen unverhältnismäßig hohen Aufwand bedeutet und daher nicht möglich ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

## Notfallbogen für alle Aktivitäten des Stammes Heinrich von Plauen

Mein Kind \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_ darf im Ernstfall folgende  
Medikamente von der Lagerleitung bzw. Gruppenleitung erhalten:

	Medikament			*
Desinfektionsspray	Octenisept	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
Heilsalbe	Bepanthen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
Schmerzgel	Voltaren	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
Insektenstich	Fenistil	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
Durchfall	Oralpädon	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
Fieber/Schmerzen	Ibuprofen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
	Paracetamol	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	Gelorevoice	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>
Ein Gruppenleiter des gleichen Geschlechts darf Zecken entfernen	-	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>

Durch das ankreuzen mit **Ja bestätige** ich, dass mein Kind im NOTFALL dieses Medikament erhalten darf; durch ankreuzen von **Nein verweigere** ich dies.

\* Ich wünsche, dass vor Einnahme folgender Medikamente mit mir Rücksprache gehalten wird.

Ich bin im Notfall unter dieser Nummer erreichbar: \_\_\_\_\_

Ich gebe meinem Kind die **Krankenkarte**, den Impfausweis bzw. eine **Kopie des Impfausweises**, sowie **aktuelle Notfallnummern** zu jedem Lager/Aktion mit.

Ich habe den Notfallbogen sorgfältig gelesen und ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift seine Gültigkeit. Die Daten werden vertraulich behandelt und werden auf Wunsch ordnungsgemäß vernichtet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

## Zustimmung zur ärztlicher Versorgung im Notfall

Ich/Wir, der/die Unterzeichner, \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname der/des Erziehungsberechtigten)

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

erteile den zur Fahrt benannten Aufsichtspersonen die Erlaubnis, meinem (minderjährigen) Kind, nach Hinzuziehung einer/s praktizierenden Ärztin/Arztes, jede medizinische Versorgung zukommen zu lassen, die im Falle eines Unfalls, eines dringenden chirurgischen Eingriffs, einer ansteckenden Krankheit oder jeder anderen schweren Erkrankung notwendig sein könnte. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen / Unfällen entscheidet die/der behandelnde Ärztin/Arzt vor Ort.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: m  w  d

Im **Notfall** sind während meiner Abwesenheit zu benachrichtigen:

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Im Falle eines medizinischen Notfalles entbinde ich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber den zur Fahrt benannten Aufsichtspersonen. Diese verpflichten sich im medizinischen Notfall wiederum, die Erziehungsberechtigten bzw. hier benannten Kontaktpersonen umgehend zu kontaktieren.

Ich bestätige, dass die o. g. Angaben exakt sind und der Wahrheit entsprechen. Die Daten werden vertraulich behandelt und werden auf Wunsch ordnungsgemäß vernichtet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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