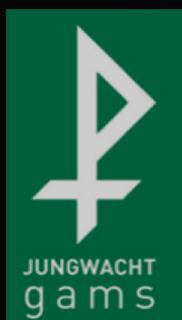


# ARTYOM404

08. - 10. Juni 2019

Gemeinsames Pfingstlager  
der Jungwacht Buchs / Grabs  
und der Jungwacht Gams



[www.jwbr-buxgrabs.ch](http://www.jwbr-buxgrabs.ch)

**Liebe Jungwächter,  
Liebe Eltern**

Die Jungwacht Buchs/Grabs und die Jungwacht Gams führt dieses Jahr an den Pfingstfeiertagen wieder ein Zeltlager durch. Wir laden ihr Kind herzlich ein drei actionreiche Tage mit uns in der Natur zu verbringen. Wir freuen uns auf ein unvergessliches Pfingstlager.

Genaue Infos zum Lager, Anfahrt, Zeiten und Packliste folgen einige Tage vor dem Lager.

Der Lagerbeitrag beläuft sich auf 40.00 CHF

Der Anmeldeschluss ist der 26. Mai 2019

Die Lagerleitung:

Florentin Berger  
Staudnerbachstr. 4  
9472 Grabs  
076 680 25 14  
[florentinberger00@gmail.com](mailto:florentinberger00@gmail.com)

Luca Garibaldi  
Ilgenweg 1  
9472 Grabs  
077 493 59 58  
[luziwurm77@gmail.com](mailto:luziwurm77@gmail.com)



# Pfingstlager-Anmeldung

(bis 26. Mai 2019 an Luca Garibaldi)

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

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

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

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

Natel Eltern: \_\_\_\_\_ (während den Ferien)

E-Mail Eltern: \_\_\_\_\_

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

Datum und Unterschrift der Eltern: \_\_\_\_\_

*Bitte senden Sie diese Anmeldung bis zum 26. Mai 2019 an untenstehende Adresse. Vergessen Sie nicht der Anmeldung das vollständig ausgefüllte Blatt „Medizinische Infos“ und eine Kopie des Impfausweises beizulegen.*

Anmeldeadresse: Luca Garibaldi

Ilgenweg 1

9472 Grabs



# Medizinische Infos

**Name** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

Grösse \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

## Hausarzt

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

Standort \_\_\_\_\_

Vers.Nr. \_\_\_\_\_

Unfallvers. \_\_\_\_\_

Haftpflicht \_\_\_\_\_

Das Kind ist gegen Starrkrampf (Tetanus) geimpft.

Letzte Impfung: \_\_\_\_\_

Das Kind ist BettnässerIn.

Bemerkung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Das Kind leidet unter Allergien oder anderen chronischen Krankheiten

Welche? Wie muss das Leitungsteam reagieren?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Das Kind muss (regelmässig) Medikamente einnehmen.

Medikament	Gegen was?	Einnahmezeit(en)	Selbständige Einnahme?

Zusätzliche Bemerkung(en)

---

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Bitte Kopie des Impfausweises beilegen.**

**Versicherung ist Sache der Teilnehmer!**

