

Anmeldung zum Hajk der Region 2015



Nach dem Erfolg im vergangenen Jahr werden wir im Sommer 2015 wieder aufbrechen. Das Ziel: Laufen, Spaß haben und neue Leute kennenlernen. Wir werden uns ähnlich wie im letzten Jahr im vorderen Odenwald bewegen und gemeinsam die Natur und das tolle Wetter genießen, eine einzigartige Gemeinschaft haben. Die Teilnehmerzahl ist auf 50 beschränkt. Empfohlenes Mindestalter ist 14 Jahre. Nach Absprache und bei körperlicher Fitness kann man auch schon ab 12 Jahren mit. Nähere Infos zu den Start- und Zielpunkten folgen noch.

Hajkleitung: Josua Flath, 146 Heppenheim
 Andreas Hopfenmüller, 94 Bensheim
Hajkzeit: von Freitag, 12.06.2014, 15:30 bis Sonntag, 14.06.2014, etwa 13:00
Kosten: 25€ bis zum 31.03., 30€ bis zum 30.04., 35€ bis zum 31.05.
Überweisung: Kontoinhaber: RR Region W6, Verwendungszweck: HdR15 + Name
 IBAN: DE55 5009 2100 0001 6033 88, BIC: GENODE51BH2

Die Anmeldung ist erst gültig mit Bezahlung. Alkohol, andere Suchtmittel und elektronische Geräte (außer Fotoapparate) sind untersagt. Der Teilnehmer und der Erziehungsberechtigte erklären sich damit einverstanden, dass auf dem Hajk aufgenommene Fotos und Filme im Rahmen der Royal-Rangers-Arbeit veröffentlicht werden können. Ein Briefumschlag (Namen und Stammmnummer auf der Vorderseite) mit der Krankenkassenkarte und dem Impfausweis bzw. einer Kopie ist den Hajkleitern zu Beginn des Hajks auszuhändigen.

| | | | |
|--|--|--|--|
| Stammposten | | Name | |
| Geburtsdatum | | Vorname | |
| Straße | | PLZ, Ort | |
| Telefonnr. der Eltern während des Hajks | | Emailadresse der Eltern | |
| Hausarzt/Ort | | Telefon des Hausarztes | |
| Tetanusimpfung | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Wenn ja, wann? | |
| Zeckenimpfung | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Wenn ja, wann? | |
| Zecken dürfen vom Erste-Hilfe-Verantwortlichen entfernt werden | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Bemerkungen: | |
| Allergien | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche, wie äußern sich diese? | |
| Chronische Krankheiten | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche? | |
| Spezielle Medikamente | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Notfallmedikamente bitte kennzeichnen! | Verantwortlich für die Einnahme: <input type="checkbox"/> Teilnehmer <input type="checkbox"/> Andere Person >Nähere Angaben siehe Rückseite (wann, wie viel, wofür) | |
| Ich bin einverstanden mit der Anwendung | Von Schmerzmitteln <input type="checkbox"/> Paracetamol <input type="checkbox"/> Ibuprofen <input type="checkbox"/> _____ | Von Salben <input type="checkbox"/> Antiseptika (z.B. Jodsalbe) <input type="checkbox"/> Wund- und Heilsalben (z.B: Bepanthen) <input type="checkbox"/> schmerzlindernde Salben (z.B: Voltaren) <input type="checkbox"/> Antihistaminika (z.B. Fenistil) | |
| Schwimmerlaubnis | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Schwimmabzeichen? Welches? | |

Datum, Unterschrift Teilnehmer

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter