



## Fragebogen

Für Teilnehmerinnen und Teilnehmer am AULA (Klassen 1 - 5)

Klasse 1  Klasse 2  Klasse 3  Klasse 4  Klasse 5

### Teilnehmer/in:

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel:

Natel:

E-Mail:

Geb.-Datum:

AHV-Nummer:

756. . .

*Die AHV-Nummer befindet sich auf der Krankenkassenkarte.*

Geschlecht:

weiblich  
 männlich

Nationalität:

Vegetarier/in:

JA  
 NEIN

T-Shirt Grösse:

S  M  L  XL  XXL

Krankenkasse\*:

Unfallversicherung\*:

Haftpflichtversicherung\*:

Krankheiten (z.B. Diabetes, Asthma, Epilepsie)\* \*\*:

Allergien ( z.B. Medikamente, Nahrungsmittel)\* \*\*:

Anderes:

\*) Versicherung ist Sache des Teilnehmers bzw. der Erziehungsberechtigten.

\*\*)Medikamente können bei der Lagerleitung deponiert werden (mit genauen/schriftlichen Angaben zur Einnahme). Die Lagerleitung überwacht die Einnahme. (Empfohlen für regelmässig einzunehmende Medikamente.)

**Haftungsausschluss: Für fehlende, ungenaue Angaben und nicht korrekte Einnahme allfälliger Medikamente übernimmt die Lagerleitung keine Haftung.**

### Anreise:

- Begleitete Reise mit Car ab Sammelpunkt Bern (Anreise bis Bern ist Privatsache)
- Ich wünsche eine „blaue“ Karte für die Anreise mit dem ÖV bis Bern (für über 16-jährige ohne Halbtaxabo oder GA)
- Private Anreise (mit dem Auto) bis Lenk im Simmental
- Private Anreise (mit dem ÖV) bis Lenk im Simmental

wenden



**Datenschutz:**

Dein Name und deine Adresse stellen wir dem SMSV und seinen Vereinen, aber auch dem SRK und VBS zur Verfügung. Es ist möglich, dass wir Lagerfotos oder -filme, auf denen du zu sehen bist, für Werbezwecke benutzen. Mit deiner Lagerteilnahme akzeptierst du dies ausdrücklich.  
Alle weiteren Angaben auf diesem Blatt werden streng vertraulich behandelt und stehen nur der Lagerleitung zur Verfügung.

**Ärztliche Schweigepflicht**

Wenn du im Lager krank wirst oder verunfallen solltest, wirst du vom Lagerarzt oder einem Arzt/Spital vor Ort behandelt. Für die Lagerleitung ist es wichtig, dass diese notwendige Auskünfte bezüglich dem AULA einholen kann.

Ich entbinde den behandelnden AULA-Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass die notwendigen Auskünfte durch die Lagerleitung eingeholt werden können. Die Auskünfte werden von der Lagerleitung streng vertraulich behandelt.

**Erziehungsberechtigte bei unter 18-jährigen Teilnehmer/innen  
Kontaktperson bei über 18-jährigen Teilnehmer/innen:**

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

---

Strasse: \_\_\_\_\_

---

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

---

Tel. \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_

---

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

---

Während dem Lager erreichbar Tel / Natel: \_\_\_\_\_

---

Bemerkungen:

**JA, ich/wir habe/n die Lagerordnung gelesen und diese zur Kenntnis genommen.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich obige Infos gelesen habe und damit einverstanden bin. Zudem bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Teilnehmer: \_\_\_\_\_

/

---

Sofern Teilnehmer/in noch nicht 18-jährig ist:  
Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_

/

---