



Lachen Speyerdorf in der Zeit von ..... bis ..... teilnimmt. Wir sind ferner damit einverstanden dass unser Kind während des Sommerfluglagers auch außerhalb der Zeiten in denen Flugbetrieb durchgeführt wird, den Weisungen der Fluglehrer und Aufsichtspflichtigen des LSV Grenzland e.V. Folge zu leisten hat. Sollte unser Kind durch den Missbrauch von Alkohol, Drogen, Missachtung von ausreichender Nachtruhe, Straftaten oder ähnlichem auffallen, ist der LSV Grenzland e.V. berechtigt, das Fehlverhalten zu mahnen, eine Strafe auszusprechen und/oder mein/unser Kind von der Teilnahme am Sommerfluglager auszuschließen und auf Kosten seiner oben genannten Erziehungsberechtigten nach Hause zu schicken.

Ort, Datum-----

Ort, Datum

-----

Unterschrift Mutter

-----

Unterschrift Vater

## II. Für Krankheitsfälle/Notfälle

Für den Fall dass Ihr Kind während des Sommerlagers erkrankt oder verunfallt benötigt der LSV Grenzland e.V. einige Informationen, damit Ihrem Kind schnell medizinisch geholfen werden kann. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen daher sehr gewissenhaft.

1. Mein Kind leidet an den nachfolgenden Krankheiten und /oder Allergien:

---

---

2. Mein Kind benötigt regelmäßig die nachfolgenden Medikamente:

---

---

3. Es liegen die nachfolgenden Unverträglichkeiten Medikamente/Lebensmittel vor:

---

---

4. Die Blutgruppe meines/unseres Kindes lautet:\_\_\_\_\_

5. Eine Kopie der **Krankenversicherungskarte sowie des Impfausweises** meines Kindes habe ich anbei gefügt.

### III. Vollmacht für den Krankheitsfall

Ich / wir .....  
(Vor /Zuname Mutter) (Vor/Zuname Vater)

bevollmächtigt(n) hiermit den LSV Grenzland e.V., Flugplatz, 47929 Grefrath, während der Teilnahme meines/unseres Kindes/Minderjährigen

.....  
Vor/Zuname Straße, Hausnummer PLZ, Ort  
geboren am .....  
Tag/Monat/Jahr

am Sommerfluglager auf dem Flugplatz in Lachen Speyerdorf im Juli 2017 in dringenden/akuten Gesundheitsangelegenheiten meines/unseres Kindes in Absprache mit den behandelnden Ärzten Entscheidungen zu treffen und notwendige Maßnahmen zu veranlassen. Diese Vollmacht berechtigt zu meiner/unserer Vertretung soweit sie die Gesundheit oder Erkrankung meines/unseres Kindes betreffen einschließlich der Zustimmung zu notwendigen Untersuchungen oder Operationen. Der Bevollmächtigte LSV Grenzland e.V. ist berechtigt, von Ärzten und Krankenanstalten Auskünfte über seinen Gesundheitszustand zu verlangen. Ich/wir entbinden die behandelnden Ärzte mein/unser Kind betreffend gegenüber dem LSV Grenzland e.V. von der Schweigepflicht. Der bevollmächtigte LSV Grenzland e.V. kann im Einzelfall Untervollmacht erteilen sowie mein/unser Kind und einen Dritten gleichzeitig vertreten. Der Widerruf dieser Vollmacht bleibt jederzeit vorbehalten.

Ort, Datum ..... Ort, Datum.....

-----  
Unterschrift Mutter

-----  
Unterschrift Vater

- Ende des Formulars -