

Gruppenleiter*innen-Datenblatt



(Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!)

_____ (Name)

_____ (Vorname)

_____ (Reisepass-Nummer oder Personalausweis-Nummer;
Eine Reisepass-/Personalausweis-Kopie bitte dem Datenblatt beilegen!)

Liebe*r Gruppenleiter*in!

Zum Schutz des/r Ministrant*in bitten wir Sie, dieses Datenblatt sorgfältig auszufüllen. Die von Ihnen gemachten Angaben werden natürlich streng vertraulich behandelt und nach der Veranstaltung vernichtet. Bitte füllen Sie das Datenblatt in Blockbuchstaben aus! Danke!

Wohnadresse Gruppenleiter*in:

_____ (Straße)

_____ (Handy-Nr., falls nach Rom mitgenommen)

_____ (PLZ)

_____ (Ort)

Gruppeninfo:

_____ (Pfarre)

Sozialversicherungsdaten Gruppenleiter*in:

_____ (Versicherungsnummer)

_____ (Geburtsdatum)

_____ (Sozialversicherungsanstalt)

Versicherte*r (wenn nicht selbstversichert):

_____ (Name)

_____ (Vorname)

_____ (Wohnanschrift, falls abweichend von der obigen Wohnadresse)

_____ (Versicherungsnummer)

_____ (Geburtsdatum)

_____ (Sozialversicherungsanstalt)

_____ (Arbeitgeber*in, PLZ, Ort)

Im Notfall zu verständigen:

_____ (Name)

_____ (Telefonnummer)

_____ (erreichbar von-bis)

_____ (Name)

_____ (Telefonnummer)

_____ (erreichbar von-bis)

Angaben zu Impfungen:

Hepatitis A: O JA, letzte Auffrischung/Impfung: _____ (Jahr, Monat)
(sehr empfohlen!) O NEIN

Hepatitis B: O JA, letzte Auffrischung/Impfung: _____ (Jahr, Monat)

	<input type="radio"/> NEIN
Zeckenschutzimpfung:	<input type="radio"/> JA, letzte Auffrischung/Impfung: _____ (Jahr, Monat) <input type="radio"/> NEIN
Difterie-Tetanusimpfung:	<input type="radio"/> JA, letzte Auffrischung/Impfung: _____ (Jahr, Monat) <input type="radio"/> NEIN
Meningokokken:	<input type="radio"/> JA, letzte Auffrischung/Impfung: _____ (Jahr, Monat) <input type="radio"/> NEIN

Chronische Erkrankungen, Allergien:

Medikamente, Salben:

(Name)	(Anwendung, Zeit, Menge)
(Name)	(Anwendung, Zeit, Menge)

Schwimmen: Ich kann schwimmen. JA NEIN

Vegetarier*in: JA NEIN

Diät: Ich muss eine spezielle Diät einhalten und darf folgende Lebensmittel nicht essen:

Sonstiges:

Kurzfristige Veränderungen meines Gesundheitszustandes werde ich umgehend mitteilen.

- E-Card mitnehmen!
- Als Gruppenleiter*in habe ich die Aufsichtspflicht für meine Gruppe.
- Ich werde mit meiner Gruppe das österreichische und das italienische Jugendschutzgesetz einhalten.
- Bei Verletzungen, Erkrankungen, etc. werde ich mich an die Anweisungen der Sanitäter*innen halten.
- Mit der Teilnahme an der Veranstaltung erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass allfälliges Bild-, Ton- oder Filmmaterial, welches im Rahmen der Wallfahrt von mir aufgenommen wird, auf der Website www.kath-kirche-kaernten.at, Facebook und Instagram veröffentlicht wird.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, alle Hinweise gelesen zu haben, sowie mein Einverständnis damit. Ich habe alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet.

(Ort, Datum) (Unterschrift des/r Gruppenleiter*in)

Falls noch nicht volljährig (zusätzlich): _____
(Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)