

Begleiter*in - Datenblatt

Liebe*r Gruppenleiter*in, liebe*r Begleiter*in,
damit wir im Notfall für dich Auskunft geben können, bitten wir dich, das
Datenblatt sorgfältig auszufüllen.

Die von dir gemachten Angaben werden natürlich streng
vertraulich behandelt und nach der Veranstaltung vernichtet.



Bitte fülle das Datenblatt in Blockbuchstaben aus! Danke!

Nachname

Vorname

Reisepass-Nummer oder Personalausweis-Nummer

Alter am 31.08.2024

Bitte eine Kopie des Dokumentes dem Datenblatt beilegen!

PLZ

Ort

Straße, Hausnummer

Handynummer, die in Rom mit dabei ist

Sozialversicherungsnummer und Geburtsdatum

Versicherungsanstalt

Im Notfall bitte verständigen:

Name

Telefonnummer

Name

Telefonnummer

Gruppeninfo

Name der Gruppe / Pfarrgemeinde

Dekanat / Pfarre neu

Unterbringung im

Mehrbettzimmer (Standard)

Doppelzimmer (+ 48 Euro/P.)

Einzelzimmer (+ 158 Euro/P.)

Anmerkungen an die Wallfahrtsleitung: _____

Angaben zur Gesundheit

Impfungen

Diphtherie/Tetanus/Pertussis/Polio

- Nein
 Ja - letzte Auffrischung: _____

Masern/Mumps/Röteln

- Nein
 Ja - letzte Auffrischung: _____

Hepatitis A

- Nein
 Ja - letzte Auffrischung: _____

Meningokokken

- Nein
 Ja - letzte Auffrischung: _____

Hepatitis B

- Nein
 Ja - letzte Auffrischung: _____

Sars-Cov2 (Covid)

- Nein
 Ja - letzte Auffrischung: _____

FSME/Zeckenschutzimpfung

- Nein
 Ja - letzte Auffrischung: _____

Weitere aktive Impfungen:

Chronische Erkrankungen _____

Allergien: _____

Medikamente/Salben, die mit auf die Reise gehen: _____

Diese/r Teilnehmer*in isst	ausschl. vegan	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	auch vegetarisch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	auch Mischkost	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Nahrungsmittelunverträglichkeiten/notwendige Diäten: _____

Infos für eine Notfall-Situation in der Busgruppe:

Ich kann schwimmen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich habe einen Erste-Hilfe-Kurs (16 h) gemacht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin Sanitäter*in	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich habe andere medizinische Vorkenntnisse _____

Ich habe eine Präventionsschulung besucht im Jahr _____ Nein diözesan im Schuldienst

Mit meiner Unterschrift (Erziehungsberechtigter für Teilnehmer*innen unter 18 Jahren) bestätige ich

- die Richtigkeit meiner Angaben
- , dass Fotos und Videos, die während der Wallfahrt von mir gemacht werden, für die **Berichterstattung (Presse, Internet, Social Media) und für die Info über eine zukünftige Jungcharveranstaltung (z.B. die nächste Mini-Wallfahrt) verwendet werden dürfen.**
- , dass die Daten für die Abwicklung der Wallfahrt gespeichert und verwendet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift (des Erziehungsberechtigten bei TN unter 18 Jahren)