

DEUTSCH Notfallinformationsblatt für Kursteilnehmende

Die Angaben auf diesem Informationsblatt dienen der Kursleitung bei allfälligen unvorhergesehenen Vorkommnissen während des Kurses. Die Kursleitung verpflichtet sich, diese Angaben vertraulich zu behandeln. Das Informationsblatt wird nach dem Kurs vernichtet.

Achtung: Die Teilnehmenden sind durch den Kursorganisator nicht gegen Unfall und Krankheit versichert; der Kursorganisator lehnt jede Haftung ab. Die Teilnehmenden sind für die nötigen Versicherungen selbst verantwortlich.

Personalien

Pfadiname:

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ Ort:

Mobiltelefon:

Telefon:

Geburtsdatum:

Kontaktadresse für Notfälle während dem Kurs

Name:

Strasse:

PLZ Ort:

Mobiltelefon:

Telefon:

Versicherung

Krankenkasse:

Nummer:

Rega-Gönner/Gönnerin: Ja

Nein Ausweis-Nr.:

Hausarzt

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ Ort:

Telefon Praxis:

Impfungen:

Letzte Starrkrampf-Impfung:

Bemerkungen zum Gesundheitszustand :

(z.B. relevante Krankheiten, Unfälle, Operationen)

Allergien:

- Keine Allergien bekannt
- Allergien auf:

Medikamenteneinnahme

- Zur Zeit keine Medikamente
- Medikament: _____ Dosierung: _____

Allgemeines

- Kann die Teilnehmerin resp. der Teilnehmer schwimmen: Ja Nein
- Anfänger Fortgeschrittene (bis 300m) Könner bis (1000m)

Die Teilnehmerin resp. der Teilnehmer ist damit einverstanden, dass Fotos von ihr resp. ihm online oder gedruckt veröffentlicht werden können. Dies ist meine Einwilligung an die Kursleitung, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im äussersten Notfall ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte schicke dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben an cinzia.peruzzi@pbs.ch

FRANÇAIS Feuille d'information en cas d'urgence pour les participants

Les données de cette feuille d'information sont à la disposition de la maîtrise de cours en cas d'imprévu sur la durée du cours. La maîtrise de cours s'engage à traiter ces données en toute confidentialité. La feuille d'information sera détruite après le cours.

Attention: les participants doivent avoir des assurances accident et maladie; le MSdS n'a pas d'assurances de ce type et décline toute responsabilité. Les participants sont eux-mêmes responsables de s'assurer qu'ils ont les assurances nécessaires.

Renseignements personnels

Totem:

Nom:

Prénom:

Rue:

NP, Lieu:

Natel:

Téléphone:

Date de naissance:

Adresse de contact en cas de situation d'urgence pendant la durée du cours

Nom:

Rue:

NP, Lieu:

Natel:

Téléphone:

Assurance privée

Assurance maladie:

Numéro d'assuré :

Bénéficiaire de la REGA Suisse: Oui

Non

N° de permis:

Médecin de famille

Nom:

Prénom:

Rue:

NP, Lieu:

Téléphone cabinet:

Vaccination

Dernière vaccination tétanos:

Etat de santé

Remarques sur l'état de santé (p.ex. en cas de suites de maladies ou accidents, opérations):

Allergies

Oui Non

Lequelles?

Médicaments

Médicaments réguliers à prendre: Oui Non

Nom:

Dosage:

Généralités

Est-ce que le participant sait nager: Oui Non

Débutant Moyen (jusqu'à 300 m) Avancé (jusqu'à 1000 m)

La participante resp. le participant accepte que des photos d'elle resp. de lui puissent être publiées en ligne ou imprimé.

Par ma présente signature, j'autorise la maîtrise du cours d'entreprendre toutes les mesures nécessaires, sans m'avoir contacté au préalable, pour une consultation médicale en cas d'urgence.

Lieu, date:

Signature:

Merci d'envoyer le formulaire rempli et signé à cinzia.peruzzi@pbs.ch

ITALIANO Informazioni utili in caso di emergenza per i partecipanti al corso

Le informazioni richieste in questo documento servono alla direzione del corso in caso di eventi imprevisti durante il corso. La direzione del corso si impegna a trattare queste informazioni in modo confidenziale. Dopo il corso questo formulario sarà distrutto.

Attenzione: L'assicurazione malattia, infortuni e responsabilità civile è a carico dei partecipanti. L'organizzatore declina ogni responsabilità. I partecipanti devono provvedere ad un'adeguata copertura assicurativa.

Dati personali

Totem:

Cognome:

Nome:

Indirizzo:

NPA, Località:

Cellulare:

Telefono:

Data di nascita:

Persona di contatto in caso di emergenza durante il corso

Nome e cognome:

Indirizzo:

NPA, località:

Cellulare:

Telefono:

Assicurazione

Cassa malati:

Numero dell'assicurato:

È sostenitore REGA: Sì

No Numero della tessera:

Medico di famiglia

Cognome:

Nome:

Indirizzo:

NPA, località:

Telefono studio medico:

Vaccinazione

Ultima vaccinazione tetano:

Informazioni sullo stato di salute

(postumi di operazioni o incidenti, malattie):

Allergie

Sì No

Quali?

Medicamenti

Deve prendere medicinali durante il corso? Sì No

Quali?

Dosi e prescrizioni:

Informazioni generali

Sa nuotare? Sì No

Principiante Avanzato (fino a 300 m) Esperto (fino a 1000 m)

Il/la partecipante accetta che le foto che lo/la ritraggono siano pubblicate online o su un supporto stampato.

Con la firma confermo i dati di cui sopra e autorizzo la direzione del corso, in caso di emergenza, a intraprendere i passi necessari per dare avvio a cure mediche d'urgenza anche senza ulteriore consultazione.

Luogo e data:

Firma:

Ti preghiamo di inviare il formulario compilato e firmato a cinzia.peruzzi@pbs.ch