

Pfadfindergruppe Auersbachtal



Kontaktdaten

Pfadfindergruppe Auersbachtal
 Wetzelsdorf 83
 8330 Feldbach

Gruppenleitung: Bettina Stradner, Tel.: 0664 2129228

Obfrau: Sieglinde Lafer, Tel.: 0664 9370914

Treffpunkt

Gruppenstunden können in der Sandgrube, im Dorfhaus Wetzelsdorf oder im Pfadfinderraum in der Servicestelle in Wetzelsdorf (2. Stock) stattfinden.

Die genauen Treffpunkte werden bei den WiWö vorab in der WiWö-Post bekanntgegeben, in der GuSp- bzw. CaEx- und RaRo-Stufe werden die Informationen über WhatsApp den Jugendlichen direkt weitergegeben.

Gruppenstundenzeiten

WiWö: Freitag, 16:00 – 18:00 Uhr

Stufenleitung: Sonja Grassl, Tel.: 0664 75077390

Nikolaus Jäger-Grassl, Tel.: 0664 1988098

Hermann Cwikl, Tel.: 0650 9113377

GuSp: Freitag, 16:00 – 18:00 Uhr (Termine nach Vereinbarung und Info auf Website)

Stufenleitung: Nikolaus Jäger-Grassl, Tel.: 0664 1988098

Hermann Cwikl, Tel.: 0650 9113377

CaEx: Freitag oder Samstag nach individueller Vereinbarung

Stufenleitung: Bettina Stradner, Tel.: 0664 2129228

RaRo: nach individueller Vereinbarung

Stufenleitung: Bettina Stradner, Tel.: 0664 2129228

Bankverbindung

Pfadfindergruppe Auersbachtal

IBAN AT92 3849 7000 0004 2184

BIC RZSTAT2G497

Anmeldeformular für die Pfadfindergruppe Auersbachtal

Die mit der Anmeldung erhobenen Daten werden in der zentralen Mitgliederverwaltungsdatenbank SCOREG gespeichert und verarbeitet, sowie im Rahmen unserer verbandlichen Tätigkeit im erforderlichen Umfang an Mitgliedsorganisationen (Landesverband, Bundesverband, Weltverbände) weitergegeben. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Webseite.

Alle JugendleiterInnen und Funktionäre sind ehrenamtlich tätig. Zur Deckung unseres Sachaufwandes heben wir einen jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von € 41,- ein (Geschwister zahlen € 32,-).

Dieser ist zu Beginn des Pfadijahres bis Ende Oktober fällig, danach erhöht sich der Beitrag auf € 51,- bzw. € 42,-. Bei Neueintritt im Laufe des Jahres ist der Jahresbeitrag nach Ablauf des Schnuppermonats fällig.

Daten des Kindes	
Nachname:	
Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse; PLZ; Ort:	
Mobiltelefon:	
E-Mail-Adresse:	

Daten der Erziehungsberechtigten	Altersstufe
Erziehungsberechtigte/r 1:	<input type="checkbox"/> Wichtel <input type="checkbox"/> Wölfling <input type="checkbox"/> Guides <input type="checkbox"/> Späher <input type="checkbox"/> Caravelles <input type="checkbox"/> Explorer <input type="checkbox"/> Ranger <input type="checkbox"/> Rover
Adresse; PLZ; Ort:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	
Erziehungsberechtigte/r 2:	
Adresse; PLZ; Ort:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	
Wie habt ihr von den PfadfinderInnen erfahren?	

*Ich stimme zu, dass Fotos meines Kindes, welche im Rahmen der PfadfinderInnen-Aktivitäten/der Aktion erstellt werden, zu Werbezwecken der Steirischen Pfadfinder und PfadfinderInnen verwendet werden dürfen. Die Steirischen PfadfinderInnen beachten bei der Publikation der Bilder selbstverständlich alle gesetzlichen Bestimmungen und legen ein besonderes Augenmerk auf ethische Grundsätze. Außerdem stimme ich zu, dass mein Kind im Rahmen von Ausflügen im Auto der Stufenleiter mitfahren darf.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Medizinisches Informationsblatt

Dieses Informationsblatt muss jeder Lagerteilnehmer – leserlich ausgefüllt und unterschrieben - vor bzw. bei der Abreise zum Lagerplatz bei seinem/ihrem zuständigen Leiter abgeben. Diese Daten werden streng vertraulich behandelt und nur im Notfall an medizinisches Personal übergeben, um eine rasche Versorgung zu erleichtern. Es erfolgt keine zentrale Speicherung, das medizinische Datenblatt wird nach dem Lager vernichtet/ gelöscht.

Daten des Kindes/ Jugendlichen	
Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Versicherung; Vers.-Nr.	
Mitversichert bei (Name; Vers.-Nr., Anstalt)	
Diäten, Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> VegetarierIn <input type="checkbox"/> VeganerIn <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Allergien (z.B. Insektenstiche, ...)	
Medikamente (inkl. Einnahmezeit und -dosis!)	
SchwimmerIn	<input type="checkbox"/> geübt <input type="checkbox"/> ungeübt <input type="checkbox"/> NichtschwimmerIn
Chronische Krankheiten	
Relevante Operationen	
Impfungen	<input type="checkbox"/> FSME Datum: <input type="checkbox"/> Diphtherie/Tetanus Datum:
Sonstige Informationen	
Notfallkontakt für den Zeitraum des Lagers	
Nachname	
Vorname	
Adresse	
Telefon	

Ich erkläre mich, nach vorheriger Rücksprache mit der Notfallkontaktperson, mit notwendigen medizinischen oder therapeutischen

Maßnahmen einverstanden und bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Ich bestätige auch, dass mein Kind im Bedarfsfall von den LeiterInnen rezeptfreie Arzneimittel (wie Desinfektionsmittel bei kleinen Wunden, Kohletabletten, etc.) erhalten darf.

Mit der Anmeldung meines Kindes erkläre ich mich bereit mein Kind, falls es erkrankt oder andere Gründe eine weitere Teilnahme am Lager unmöglich machen, nach telefonischer Rücksprache, vom Lager abzuholen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Medizinisches Informationsblatt

Für das Pfadfinderjahr 2023/2024

Dieses Informationsblatt muss jedes Mitglied - leserlich ausgefüllt und unterschrieben – am Beginn des Pfadfinderjahres bei seinem/ihrem zuständigen Leiter abgeben. Diese Daten werden streng vertraulich behandelt und nur im Notfall an medizinisches Personal übergeben, um eine rasche Versorgung zu erleichtern. Es erfolgt keine zentrale Speicherung, das medizinische Datenblatt wird nach dem Ausscheiden aus der Pfadfindergruppe vernichtet/ gelöscht

Daten des Kindes/ Jugendlichen	
Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Versicherung; Vers.-Nr.	
Mitversichert bei (Name; Vers.-Nr., Anstalt)	
Diäten, Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> VegetarierIn <input type="checkbox"/> VeganerIn <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Allergien (z.B. Insektenstiche, ...)	
Medikamente (inkl. Einnahmezeit und -dosis!)	
SchwimmerIn	<input type="checkbox"/> geübt <input type="checkbox"/> ungeübt <input type="checkbox"/> NichtschwimmerIn
Chronische Krankheiten	
Relevante Operationen	
Impfungen	<input type="checkbox"/> FSME Datum: <input type="checkbox"/> Diphtherie/Tetanus Datum:
Sonstige Informationen	
Notfallkontakt für den Zeitraum des Lagers	
Nachname	
Vorname	
Adresse	
Telefon	

Ich erkläre mich, nach vorheriger Rücksprache mit der Notfallkontaktperson, mit notwendigen medizinischen oder therapeutischen

Maßnahmen einverstanden und bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Ich bestätige auch, dass mein Kind im Bedarfsfall von den LeiterInnen rezeptfreie Arzneimittel (wie Desinfektionsmittel bei kleinen Wunden, Kohletabletten, etc.) erhalten darf. Mit der Anmeldung meines Kindes erkläre ich mich bereit mein Kind, falls es erkrankt oder andere Gründe eine weitere Teilnahme an der Heimstunde unmöglich machen, nach telefonischer Rücksprache, abzuholen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten