

# Lagerblatt 3

- **Treffpunkt: SAMSTAG, 02. Juli 2016 um 10:15 Uhr bei Spallartgasse 18**
- **Abfahrt: SAMSTAG, 02. Juli 2016 um 11:00 Uhr bei Spallartgasse 18**
- **Rückkehr: FREITAG, 15. Juli 2016 zwischen 15:00 Uhr und 15:30 Uhr bei Spallartgasse 18**
- **Restzahlung:** Bitte bis spätestens 22. Juni 2016 per Erlagschein (300 Euro), anderenfalls ist die Mitnahme Ihres Kindes nicht mehr möglich.

Konto: Alexander Schrammel  
 BAWAG PSK  
 IBAN: AT82 60000 10410029460  
 BIC: OPSKATWW

## **Gepäcksabgabe: Bei Spallartgasse 18 vor der Abfahrt am 02. Juli 2016 um 10:15 Uhr**

Wir ersuchen weiters ihrem Kind im Bus **nur** mehr **ein Handgepäck** mitzugeben.  
**Bitte bringen sie die E-CARD, den IMPFPASS, TASCHENGELD (ca. 22 Euro), den unteren Abschnitt dieses Zettels, die Einverständniserklärung, das unterschriebene Lausinformationsblatt, sowie eine Kopie des Schwimmausweises (wenn vorhanden) in einem verschlossenen max. A5 großem Kuvert, am Abreisetag mit!!** Bitte geben sie an diesem Tag auch notwendige Medikamente für die Dauer des Aufenthaltes in einem extra, mit Namen versehenen, Kuvert ab! Für Kinder aus sozial bedürftigem Umfeld können wir Ermäßigungen erlassen. Hierfür existiert ein Sozialfond aus dem Unterstützungen gewährt werden können.

- **Für dringende Rückfragen wenden sie sich bitte an die Lagerleitung:**

Jennifer Resch

Alexander Schrammel

Tel.: 0650/9232481

Tel.: 0699/10881228

[WWW.JSBREITENSEE.COM](http://WWW.JSBREITENSEE.COM)

-----**Bitte hier abtrennen und in einem Kuvert Ihrem Kind mitgeben**-----

Bitte nur ausfüllen wenn das Kind nicht Zeckengeimpft ist!

Mein Kind \_\_\_\_\_ ist nicht Zeckengeimpft, ich erkläre dafür, im Fall eines Zeckenbisses mein Einverständnis mit einer passiven Impfung, und werde die Kosten derselben tragen.

-----**Hier abtrennen und mitgeben(in einem Kuvert) wenn Zeckenimpfung vorhanden**-----

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Mein Kind ist bei der Krankenkassa \_\_\_\_\_ versichert.

Mein Kind ist bei \_\_\_\_\_ mitversichert (Vor- und Nachname).

Sozialversicherungsnummer des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

Der Hausarzt meines Kindes ist: \_\_\_\_\_

Unsere/Meine Adresse zur Zeit des Lagers

Ist: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (Unterschrift des Erziehungsberechtigten)