Hier ist Platz für euer Stammesbadge, Stammesinfos und Stafü-Infos. Wenn ihr den Teil nicht braucht, dann löscht das Textfeld.

Liebe Pfadfinder\*innen, Liebe Eltern,

Unser Landeslager steht an und wir werden als Stamm teilnehmen. Stattfinden wird das Lager vom **12.08.** bis zum **22.08.2024** auf dem Zeltplatz „Tydal“ bei Eggebek, ca. 20 km von Flensburg entfernt.

Als Motto hat das Landeslager 2024 „Land unter?“. Es wird sich mit der Klimakrise und dem Klimawandel beschäftigen. Was ist das? Was können wir ausrichten? Was ist Nachhaltigkeit? Was können wir gegen dieses riesige Problem ausrichten? Und vor allem, wie kann ich mich mit dem Klimawandel beschäftigen, ohne von dem Thema erdrückt zu werden? Das sind Fragen, die wir auf dem Lager klären wollen, um am Ende mit mehr hoffnungsvollen Gedanken nach Hause zu fahren

Aber natürlich wird Spiel und Spaß neben dem inhaltlichen Input auf dem Lager nicht zu kurz kommen. Es wird verschiedenste Bastel- und Spielworkshops, Großspiele und andere Angebote geben. Falls ihr mehr über das Lager erfahren wollt, dann geht auf die Seite [www.hessen.vcp.de/lala-2024](http://www.hessen.vcp.de/lala-2024) . Dort findet ihr auch ein FAQ. Solltet ihr danach noch Fragen offen haben wendet euch gerne an uns/mich als Stammesleitung (…) oder direkt bei der Lagerleitung (lala24@hessen.vcp.de).

Wir werden als Stamm mit der Bahn anreisen. Bitte gebt deswegen an, ob euer Kind ein Deutschland-Ticket besitzt oder nicht.

Das Lager wird mit An- & Abeise … kosten. Bitte überweist das Geld bis zum Anmeldeschluss, den … auf folgendes Konto. Wie immer sollen alle mitkommen können: Falls diese Kosten für dich zu hoch sind, kannst du über den Pfadi-Solidaritätstopf im Landesbüro das noch fehlende Geld bekommen. Rufe dazu einfach einmal bei Jana Kukuk unter 06032/3660 an oder wende dich gerne auch an uns.

Stammeskonto

IBAN: DE………………

BIC: ………

Gut Pfad

…..

Stammesleitung

BITTE IN DRUCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!!

**Persönliche Daten:**

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VCP-Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mein Kind ist:

[ ]  Teilnehmer: in [ ]  Mitarbeiter: in

**Adresse:**

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hausnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Im Notfall ist eine Erziehungsberechtigte Person erreichbar unter:**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Angaben für Ärztliche Hilfe:**

**Medikamente:**

Mein Kind benötigt folgende Medikamente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allergien/ Unverträglichkeiten/ Essbesonderheiten**

[ ] Vegetarisch

[ ] Vegan

[ ] Koscher

[ ] Halal

[ ]  Laktoseintolerant

[ ]  Glutenintoleranz

[ ]  Nussallergie

Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Erlaubnis/ Bestätigung:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja**  | **Nein** |
| Mein Kind darf unter Aufsicht der Gruppenleitung in freien Gewässern schwimmen.  |[ ] [ ]
| Mein Kind darf unter Aufsicht der Gruppenleitung an Kanu-, Segel- und Radtouren teilnehmen. |[ ] [ ]
| Mein Kind darf unter Aufsicht an einer Kletterwand klettern. |[ ] [ ]
| Mein Kind darf sich Außerhalb des Lagerplatzes in Gruppen von 3 Personen frei bewegen. |[ ] [ ]
| Mein Kind hat im August 2024 voraussichtlich ein Deutschlandticket |[ ] [ ]
| Mein Kind hat ein Hessenticket oder Schülerticket |[ ] [ ]
| Ich erkläre mein Einverständnis zur Aufnahme und Veröffentlichung von Fotos und Filmen, auf denen die genannte Person zu sehen ist. |[ ] [ ]

**Führungszeugnis und Schutzschulung:**

Alle Teilnehmenden über 16, die pädagogische Mitarbeitende sind, und alle über 18 brauchen ein Führungszeugnis, was nicht älter als 5 Jahre ist und sollen in den letzten 2 Jahren an einer Schutzschulung teilgenommen haben.

[ ]  Es liegt ein Führungszeugnis vor (nicht älter als 5 Jahre).

[ ]  In den letzten zwei Jahren habe ich im Rahmen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ an einer Schutzschulung teilgenommen.

**Teilnehmenden-Beitrag**

Den Teilnehmenden-Beitrag in Höhe von … überweisen wir bis zum … auf Folgendes Konto.

“Stammeskonto”

IBAN: DE.............

BIC: …............

Du möchtest mit einer Spende das Programm des Landeslagers zusätzlich unterstützen oder die Teilnahme für Alle ermöglichen? Dann scanne einfach den QR-Code mit deiner Banking-App und gib die gewünschte Summe ein. (Falls du eine Spendenquittung benötigst, wende dich nach der Überweisung gerne an jana.kukuk@hessen.vcp.de .)

**Lagerregeln**

Für unseren Lageralltag gelten neben den Pfadfindergesetzen und Deine Rechte auf Fahrt und Lager einige allgemeine Verhaltensrichtlinien:

1. Auf dem Platz gilt generell eine Nachtruhe ab 23 Uhr. Ab diesem Zeitpunkt sollte jede\*r, die\*der möchte, gut schlafen können. Bitte achtet auch in Singerunden darauf, ab diesem Zeitpunkt ruhiger zu werden.
2. Alle Teilnehmer\*innen haben die Chance am Programm teilzunehmen.
3. Schwimmen im Fluss ist nur unter Aufsicht der eigenen Gruppenleitung an den ausgewiesenen Badestellen erlaubt.
4. Handys, Smartwatches und andere elektronische Geräte sind in der Lageröffentlichkeit unerwünscht.
5. Wir achten auf einen rücksichtsvollen Umgang mit Taschenlampen - Lichtkegel in Richtung Boden.
6. Wer gerne barfuß gehen möchte, ist achtsam wo er\*sie hintritt und tut es nur bei Tageslicht.
7. Es gilt das Jugendschutzgesetz.
8. Das Mitbringen und Aufbewahren von alkoholhaltigen Lebensmitteln und Getränken ist verboten.

Grobe Verstöße gegen die Lagerregeln können zum Lagerausschluss führen. Die dabei entstehenden Kosten werden von der betroffenen Person selbst getragen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort, Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Unterschrift (Teilnehmer:in) Unterschrift (Erziehungsberechtigte:r)