



LÄGERANMÄLAN

Läger

<input type="checkbox"/> Läger för äventyrsscouters	<input type="checkbox"/> Konfirmationsläger	<input type="checkbox"/> Läger för utmanarscouters	År:
---	---	--	-----

Personuppgifter

Namn		Födelsedata (år - mån - dag- _ _ _ _) 10 siffror	
Adress			
Postnr och postadress			
E-postadress			
Telefon (riktnr + nr)		Mobil Telefon	

Scoutkår	<input type="checkbox"/> Äventyrare	<input type="checkbox"/> Utmanare	<input type="checkbox"/> Ledare
----------	-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

<input type="checkbox"/> Jag vill gå med i Scoutkåren Lysestrand	Medlemskap i en scoutkår ger det försäkringsskydd som krävs när man lever scoutliv. Du kommer att bli kontaktad av Scoutkåren om du vill bli medlem.
--	--

Anhörigs namn		Telefon (riktnr + nr)	
Adress (om annan än ovanstående)		Postnr och postadress	

Vem skall lägerledningen vända sig till för att få kontakt under lägertiden?

Namn		
Adress (om annan än ovanstående)		
Postnr och postadress		
Telefon 1	Telefon 2	Telefon 3

Övrigt

<input type="checkbox"/> Jag har varit på läger förut	<input type="checkbox"/> Jag har sovit i tält eller vindskydd förut
<input type="checkbox"/> Jag kan simma minst 25 m	

Målsmans underskrift

Ort	Datum
Underskrift + namnförtydligande	

Anmälan skickas till

Lysestrandsstiftelsen, FLAT 341, 453 91 LYSEKIL

Personuppgifter

Namn	Födelsedata (år - mån - dag- _____) 10 siffror
------	--

Funktionsnedsättning

<input type="checkbox"/> Rörelsehindrad	<input type="checkbox"/> Lätt	<input type="checkbox"/> Medel	<input type="checkbox"/> Gravt	<input type="checkbox"/> Hjälpmedel:
<input type="checkbox"/> Förståndshandikappad	<input type="checkbox"/> Lätt	<input type="checkbox"/> Medel	<input type="checkbox"/> Gravt	<input type="checkbox"/> Behöver assistent
<input type="checkbox"/> Synskadad	<input type="checkbox"/> Lätt	<input type="checkbox"/> Medel	<input type="checkbox"/> Gravt	<input type="checkbox"/> Jag har egen assistent
<input type="checkbox"/> Hörselskadad	<input type="checkbox"/> Lätt	<input type="checkbox"/> Medel	<input type="checkbox"/> Gravt	
<input type="checkbox"/> Epileptiker	<input type="checkbox"/> Krampfri		<input type="checkbox"/> Ej krampfri	
<input type="checkbox"/> Diabetiker	<input type="checkbox"/> Medicinerar själv		<input type="checkbox"/> Medicinerar inte själv	
Annan sjukdom:				

Behöver hjälp

<input type="checkbox"/> vid längre förflyttning utomhus
<input type="checkbox"/> att äta
<input type="checkbox"/> vid toalettbesök
<input type="checkbox"/> med övrig hygien
<input type="checkbox"/> med annat:

Allergisk mot

<input type="checkbox"/> djur
<input type="checkbox"/> födoämnen:
<input type="checkbox"/> medicin:
<input type="checkbox"/> annat:

Medicinerar

Övriga upplysningar
