



# KÜLFÖLDI MAGYAR CSERKÉSZSZÖVETSÉG

Hungarian Scout Association in Exteris - Asociación de scouts húngaros en el exterior - Ungarischer Auslandspfadfinderbund

## Németországi Körzet

Dóry Emese, Dr.-Fiege-Weg 6, D-85457 Würth Tel/Fax: 0049/8123-986969 email: emesedory@arcor.de

KÖKI

## *Kcs. Akadályverseny 2009*

### *Felszerelési Lista*

- kérünk mindent ügyes sporttáskába vagy kis bőröndbe pakolni, hogy beférhessen minden felszerelése szépen az ágya alá (előre is köszönjük)
- a gyermek **neve** legyen **minden darabra ráírva**

- teljes kiscserkész egyenruha
- hálósák  párna ha kell + alsó lepedő
- 2 alsónemű  1 póló ing (T-shirt)  2 zokni
- 1 rövid nadrág  1 hosszú nadrág  1 pizsama
- 1 pulóver  1 meleg kiskabát/dzseki (fontos!!!)
- tornacipő  esőkabát  gumicsizma
- szennyes zsák (lehetőleg anyagból, pl. egy öreg párnahuzat)

#### **mosdófelszerelési zsák (műanyagból!)**

- szappan (tartóban!)
- hajkefe/fésű/hajgumi (ha kell)
- fogkefe/fogkrém/fogmosópohár
- 1 kis törülköző

#### **kézügyességi doboz/Tolltartóban**

- ragasztó  színes ceruzák  ceruza/hegyező/toll  olló

#### **egyéb**

- szúnyogirtó  fényvédő (SPF 30)  kedvenc maci, illetve olyasmi

\* **Egyéni orvosságot kérjük megcímezve névvel, utasítással ellátva a táborparancsnoknak átadni!!**

**KÜLFÖLDI MAGYAR CSERKÉSZSZÖVETSÉG**

## Informationen für Notfälle

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

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

Telefon zu Hause: \_\_\_\_\_

Tel. d. Vaters (im Dienst): \_\_\_\_\_ Tel. d. Mutter (im Dienst): \_\_\_\_\_

Kinderarzt (Name / Telefon): \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name / Telefon): \_\_\_\_\_

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

Vers. Nr.: Adresse: \_\_\_\_\_

Letzte Impfdaten: Tetanus: \_\_\_\_\_ Diphtherie: \_\_\_\_\_

Polio: \_\_\_\_\_ Masern: \_\_\_\_\_ FSME: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Blutgruppe: \_\_\_\_\_ Rhesusfaktor: \_\_\_\_\_

Jetzige Erkrankungen und chronische Leiden (Epilepsie, Asthma, usw.):  
\_\_\_\_\_

Allergien (Medikamente, Insektenstiche, Heu, Nahrungsmittel, usw.):  
\_\_\_\_\_

Ständig verabreichte Medikamente (Name, Indikation, wieviel, wie oft):  
\_\_\_\_\_

Besondere Vorkehrungen und sonstige Informationen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_