



Knivsta Scoutkår

Hälsodeklaration för lägerdeltagare.

Namn: _____

Adress: _____

Personnummer : _____

Simkunnig (minst 200 m)? Ja Nej

Specialkost: Nej Ja, nämligen: _____

Allergisk? Nej Ja, nämligen: _____

Medicinerar? Nej Ja, nämligen: _____

Medicinering utförs av:

Scouten själv

Ledare

Läkare/sjuksköterska

Bör ej delta i (t.ex. bad): _____

Övriga upplysningar : _____

MÅLSMANS ADRESS OCH TELEFON UNDER LÄGERTIDEN

Målsman: _____ Tel dagtid : _____

Tel kväll : _____

Målsman: _____ Tel dagtid : _____

Tel kväll : _____

Adress (om annan än ovan) : _____

Målsmans underskrift: