



## Anmälan Lekläger/Semesterpatrullen 2014

Namn: \_\_\_\_\_ Född: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ (ÅR-MÅN-DAG)  
 Adress: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 Postnr: \_\_\_\_\_ Postadress: \_\_\_\_\_  
 E-post: \_\_\_\_\_ Skicka mig information per  E-post  Brev

Jag vill åka på  Leklägret  Semesterpatrullen  
**(Obs! Det är obligatoriskt att kryssa i en av dessa rutor!)**

Har du varit på läger tidigare?

Lekläger År: \_\_\_\_\_  Annat läger: \_\_\_\_\_  
 Har aldrig sovit i tält

Jag tar med mig personlig assistent/assistenter på lägret  
 Jag är simkunnig (200 m)  Jag är ej simkunnig

Jag ÄR medlem i Föreningen Svenska Specialläger  
 Jag vill BLI medlem i Föreningen Svenska Specialläger (100kr/år)

Går i skola (skolans namn): \_\_\_\_\_  
 Typ av skola/klass: \_\_\_\_\_  
 Arbetar (arbetsplatsens namn): \_\_\_\_\_  
 Målsmans namn: \_\_\_\_\_ Tfn: \_\_\_\_\_  
 Adress: \_\_\_\_\_

Till vem skall lägerledningen vända sig om man behöver **kontakt under lägertiden?**

Namn: \_\_\_\_\_  
 Adress: \_\_\_\_\_  
 Tel. Arb.: \_\_\_\_\_ Tfn bostad: \_\_\_\_\_

Till vem skall lägerledningen sända **besked om lägerdeltagande?**

Namn: \_\_\_\_\_ Tfn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

Målsman/Föreståndare/ Lärare/Kontaktman(*ringa in lämplig titel*)

Fyll i denna blankett så **tydligt som möjligt**. På så vis får lägerledningen hjälp att förbereda många praktiska detaljer som behövs för att lägret skall bli så lyckat som möjligt för alla. Denna blankett läses och användes av ledare och medhjälpare.

**Funktionshinder eller sjukdom:**

Rörelsehinder: \_\_\_\_\_

Utvecklingsstörning: \_\_\_\_\_

Synskada: \_\_\_\_\_

Hörselskada: \_\_\_\_\_

Hjärtsjukdom: \_\_\_\_\_

Epilepsi: \_\_\_\_\_

Krampfri

Har kramper: \_\_\_\_\_

Annat Funktionshinder: \_\_\_\_\_

Övrig sjukdom: \_\_\_\_\_

Använder rullstol/annat förflyttningsmedel, nämligen: \_\_\_\_\_

Behöver hjälp vid längre förflyttning utomhus: \_\_\_\_\_

Behöver hjälp med att äta: \_\_\_\_\_

Behöver hjälp vid toalettbesök: \_\_\_\_\_

Brukar behöva gå på toaletten på natten:  Med hjälp  Utan hjälp

Behöver hjälp med övrig hygien: \_\_\_\_\_

Förmedlar sig genom (t.ex. Bliss, Teckenspråk): \_\_\_\_\_

Medicinerar: \_\_\_\_\_

### Allergier:

Ange också reaktion samt lämplig behandling

Födoämnen: \_\_\_\_\_

Medicin: \_\_\_\_\_

Djur: \_\_\_\_\_

Annat: \_\_\_\_\_

### Övrig information:

Håller diet: (Hur mycket jag får äta per dag d.v.s. säger till när jag är mätt eller äter tills det inte serveras mer.)

Brukar vakna och gå upp på nätterna (behövs hjälp?): \_\_\_\_\_

Övriga problem (t.ex. mörkrädd, fobier): \_\_\_\_\_

Något träningsprogram: \_\_\_\_\_



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Anmälan skickas senast 1/5 till:

**Föreningen Svenska Specialläger**  
**C/o Conny Israelsson**  
**Åbrovägen 4**  
**578 74 Frinnaryd**

Har ni några frågor får ni naturligtvis vända er till Lägerchef  
Conny Israelsson 073-5121430 eller mail [lagerchef@fsslager.se](mailto:lagerchef@fsslager.se)