

**Intresseanmälan till Syskonläger 2024**

Ansökan inkom till lägerverksamheten

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

Intresseanmälan avser:

<b>Förnamn</b>	<b>Efternamn</b>
<b>Personnummer</b>	<b>Tel. nr</b>
<b>Adress</b>	<b>Postnummer och postadress</b>

**Förälder/ närmast anhörig**

<b>Namn</b>
<b>Personnummer</b>
<b>Adress och postadress</b>
<b>Telefon dagtid</b>
<b>E-post</b>
<b>Telefon till annan nära anhörig</b>

Ansökan gäller ett Syskonläger, se datum nedan. Begränsat antal platser.

Kryssa i ett eller flera datum för önskad lägervistelse (Önskemål kan ges i mån av plats).

Påsk 2-5 april 2024  Sommar 13-16 juni 2024  Höst 29-1 okt/november 2024 

De uppgifter du lämnar kommer att registreras i en databas hos Lägerverksamheten. Uppgifterna kommer att behandlas i enlighet med GDPR
---



Informationen är till för att underlätta för personalen på lägret.

Vad bör de veta för att ditt barn ska ha ett så bra läger som möjligt. Ta även med tips och råd hur ni hanterar situationer som kan uppstå.

Har ditt barn någon allergi? JA  NEJ

Om ja, vilken allergi?

Om ditt barn får en allergisk reaktion – vad gör vi?

Äter ditt barn någon specialkost? JA  NEJ

Om ja, vad?

Äter ditt barn någon medicin? JA  NEJ

Om ja, vilken/ vilka mediciner?

Om ditt barn medicinerar behöver ni lägga medicinen i en dosett med tydliga instruktioner.

Är ditt barn simkunnigt? (Kan simma 200 meter bröst och 50 meter ryggsim)

JA  NEJ

Har ditt barn några speciella sovvanor? Lampa tänd, gosedjur etc?



**Vilka fritidsintressen har ditt barn?**

**Vad blir ditt barn extra glad över?**

**Är ditt barn rädd för något? Åska, mörker, hundar etc?**

**Har ditt barn några särskilda egenheter/ egenskaper som vi bör känna till? Blyg, våghalsig, självständig, åksjuk, behöver extra stöd i vissa situationer etc?**

**Önskar ditt barn att få gå tillsammans med en kompis eller annat syskon som ansökt?**

Ange namn:

**Ansökan mejlas till:**

[syskonlager@funktionsstod.goteborg.se](mailto:syskonlager@funktionsstod.goteborg.se)