



2015. június 25

Kedves Szülők:

Örömmel vesszük, hogy elküldik gyermekeiket a szövetségünk Központi Jubileumi Nagytáborába. 10 nap izgalmas cserkész táborozás, amelynek során gyermekeik más városokban és más földrészen élő cserkészekkel ismerkedhetnek, mobiltelefonok nélkül, valamint átérezhetik Rákóczi korszakának főbb jellemzőit: a falusi életet, a törökhódoltság elmúltával érzett szabadságvágyat, szolgálatot, és a nemzeti tudat kiépítését.

Rendkívül fontos, hogy a 3 egészségügyi ívet kitöltve és aláírva hozzák cserkészeink magukkal a táborba. Ezt a New York állam egészségügyi hatóságai írják elő. Az egyiket **a családi orvosi irodájával kell aláíratni**, a másik kettőt pedig a szülőknek.

Szeretettel várjuk a kedves szülőket és vendégeket táborlátogatásra az utolsó hétvégén. További részletek e levél második lapján, valamint a honlapon.

Köszönjük, hogy megbíznak bennünk, és kérdésekkel forduljanak helybeli csapatparancsnokukhoz vagy a honlapon az altábori meghívólevelekben feltüntetett altáborparancsnokokhoz. Szerencsés utazást és jó táborozást kívánok!

Szentkirályi Endre

Szentkirályi Endre

Táborparancsnok



TÁBORRA ELŐKÉSZÜLET

A honlapunkon, www.jubitabor.org, sok információ található a táborral kapcsolatban. Figyelmükbe ajánlom a bemutatkozó filmet, valamint a "Gyertek Jubiba" kisfilmeket. Megláthatják, hány különböző tájról, 4 földrész magyarlakta vidékeiről jönnek magyar cserkészek együtt táborozni. Előző Jubitáborokról is vannak képek. A tábor felépítéséről és altábor város elnevezésekről is nyerhetnek betekintést. Gyermekük ezek közül valamelyik altáborban lesznek elhelyezve korosztályonként. A helyi csapatparancsnokuktól megtudhatják, gyermekük melyik "város" lakósa lesznek. A város nevekre kattintva az altáborparancsnoki levelekre találnak; ezeket nyomtassák ki és gyermekükkel együtt olvassák el és beszéljék meg. Szeretném remélni, hogy a kötelező olvasmányt, "A két koldus diák"-ot olvassák, vagy már befejezték és a "Rákóczi hadnagya" filmet is megnézték gyermekük. Ezek ismerete hozzájárul a tábor sikeréhez.

MIT HOZZANAK GYERMEKEIK MAGUKKAL?

Rendkívül fontos, hogy a 3 egészségügyi ívet kitöltve és aláírva hozzák cserkészeink magukkal a táborba. Ezt a New York állam egészségügyi hatóságai írják elő. Az egyiket **a családi orvosi irodájával kell aláírni**, a másik kettőt pedig a szülőknek. Oltási adatok, bármilyen allergia, vagy más egészségügyi gond ismertetése is NAGYON fontos. Akinek anaphylaxis szintű allergiái vannak és epipen-je van, hozzon magával kettőt és egy kis oldalszámban vagy "fanny pack"-ben állandóan nála legyen.

MIT HAGYJANAK OTTHON?

Érdemes azt is megemlíteni, hogy a cserkésztábor más, mint az otthoni élet. Igyekszünk elkerülni a város zajától, telefonjaitól, internettől (bár a kedves otthonmaradt szülőket naponta fogjuk filmekkel, rádióadásokkal, fényképekkel tájékoztatni honlapunkon). Ezért hagyjuk otthon a mobiltelefonokat, iPod-okat, sminket és egyéb huszonegyedik századbeli zavaró elfoglaltságokat; cserkészeink vissza lépnek a 18. század félvadon körülményeibe, erdőbe, mocsárba, vissza a nyugtató természetbe. Elektronikus elvonókúrának is lehet tekinteni egy cserkésztábor; a 10 nap végén sok élménnyel tér vissza gyermekük; bízzanak hogy gondjukat viseljük. Nagyon sürgős otthoni gondok esetén a táborhely telefonszámán hagyjanak üzenetet, 585-567-8594, majd gyermekük cserkészevezetői kellőképpen intézkednek.

IDŐJÁRÁS

Időjárás a Fillmore-i Sík Sándor hegyvidéki cserkészparkban lehet nyári kánikula, lehet éjjel közel fagyponthoz vacogató hideg, lehet esős is (és sáros is lesz), és lehet napsütéses kellemes is: esőkabáttól télikabátig, szandáltól sportcipőn keresztül bakancsig, legyenek cserkészeink résen. Minden ruhadarabon legyen rajta a cserkész neve, és úgy csomagoljunk, hogy saját maga kell terhet cipelnie (tehát hátizsákba, nem füles szatyorba...).

LEVELLET VÁRNI

Nincs nagyobb öröm egy cserkésznek táborban mint levelet kapni otthonról. Ha szeretne gyermekének meglepetést szerezni, akkor írjon neki a táborban (magyarul, természetesen). Adja fel postára július végén vagy a tábor kezdete napján a következő címre: HUNGARIAN SCOUT CAMP (Gyermek neve, altábor neve), 5098 Robinson Road, Fillmore, NY 14735 USA. Kérjük, **csak** magyar levelet vagy postalapot küldjenek, nincs szükség csokival telt csomagokra.

TÁBORLÁTOGATÁS

Augusztus 14-15-16, azaz pénteken, szombaton, és/vagy vasárnap. A tábor sárospataki főterén lesz alkalom más cserkészsülőkkel találkozni, de tisztelettel kérjük a kedves szülőket, hogy ne bontsák meg a tábori rendet és csak szombaton, 15-én, délután 2 – 4 óráig látogassák meg gyermeküket az altáborokban. Látványos események közé tartoznak (ahol messze a tömegben láthatják majd csak gyermeküket) a szombat reggeli tábori csata, a szombat délutáni lakodalom, és a szombat esti záró nagytáborfűz. További látogatási részletet a honlapon közlünk.

3 SZÜLŐI ALÁÍRÁS KELL ERRE AZ ÍVRE

A 2015 Központi Jubileumi Tábor Szabályai

1. A tíz cserkésztörvény az alapszabályunk. Azok megtartása mindenkire kötelező.
2. A cserkész a fogadalomtétel alkalmával önként vállalja, hogy a cserkésztörvények szellemében és a cserkészlet szabályai szerint él.
3. A magyar beszéd kötelező. Igyekezzünk a durva, trágár beszédet kerülni és kerültetni!
4. A cserkészegyenruha általában minden megmozduláson előírt. Kivételre a napostiszt vagy az altpk. ad megfelelő utasítást. Egyenruhával csak szabályos cserkészsapkát viselünk.
5. Betegséget, sérülést, balesetet, rosszulletet azonnal jelenteni kell a napostisztnek, vagy az altpk.-nak.
6. Cserkész táborban 18 éven aluliaknak TILOS a dohányzás. 18 éven felüliek szabadidejükben az erre kijelölt, elkülönített helyen dohányozhatnak.
7. Cserkész tábor résztvevői számára a táborozás időtartama alatt szeszes ital vagy kábítószer fogyasztása SZIGORÚAN TILOS és szülői költségen a rögtöni hazaküldést is jelenthet!
8. Az altábort a résztvevők csak a napostiszt vagy az altpk. engedélyével hagyhatják el. Ez vonatkozik a vezetőkre is, és különösen vonatkozik az éjszakákra.
9. Fiúk és lányok külön sátorban alszanak. Fiúknak leánysátorban és leányoknak fiúsátorban semmi keresnivalójuk nincsen.
10. Tűzet rakni csak a kijelölt helyeken és a tűzvédelmi szabályok megtartásával szabad.
11. Élő fát kivágni csak a parkigazgató vagy az altpk. engedélyével lehet. Élő fába kést, baltát hajigálni, szöveget verni, a kérget lehántani tilos.
12. A felszerelés közös tulajdonunk. Szándékos rongálás esetén az altpk. kártérítést kérhet.

Szabálysértés esetén az altpk. rendre utasítja, súlyos esetben a táborból kizárhatja a szabályszegőt, ideiglenesen megvonhatja a vezetői beosztást vagy a vezetői minősítést. A jubileumi tábori szabályokat elolvastam, megértettem és megtartom (azaz kiskorú gyermekemmel megbeszéltem). A szabálysértés következményeivel tisztában vagyok.

Dátum	Név nyomtatott betűkkel, csapatszám	Aláírás (szülői, ha kiskorú)
-------	-------------------------------------	------------------------------

- A) Érttem, hogy én/gyermekem hivatalos tábori fényképeken, filmben szerepelhet, esetleges újságcikkekben, sajtójelentésekben (kiskorúaknak csak a keresztnév használatával) interjú alanyként is szerepelhet.

[karikázza be az egyik változatot, "A" vagy "B"]

- B) Nem szeretném, hogy én nevem/gyermekem neve szerepeljen tábori fényképeken, filmben, sajtótermékekben.

Aláírás (szülői, ha kiskorú)

New York State Public Health Law requires the operator of an overnight children's camp to maintain a completed response form for every camper who attends camp for seven (7) or more nights. Check one box and sign below.

- My child has had the meningococcal meningitis immunization (Menomune™) within the past 10 years.
- I have read, or have had explained to me, the information regarding meningococcal meningitis disease. I understand the risks of not receiving the vaccine. I have decided that my child (I) will not obtain immunization against meningococcal meningitis disease.

Signed (Parent / Guardian if camper is a minor)

Camper's name (printed)

Date of Birth

**Sandor Sik Hungarian Scout Camp
Health Services**
10993 County Road 15, Fillmore, NY, 14735



**Sík Sándor Külföldi Magyar Cserkész
Tábor Egészségügyi Szolgálat**
Telephone: (585) 567-8594

Camper Medications Order Form

Name _____	Date _____
	SubCamp _____

As of 2008, New York State regulations require a physician signed medication order for all children participating at a children's camp. The order is to cover both existing prescription medications and the case that over the counter medications may be needed by the participating camper. Please have the camper's physician fill this form out completely. Please use the back of the form if more space is required.

It must be signed by the physician.

Medication Name	Route	Dosage	Schedule and Indications	Comments
Prescription Medication(s) listed will be construed as an order to the Camp Health Services personnel to administer under supervision as directed.				
OTC medications A check mark (√) under comments or written instructions there will be construed as an order to the Camp Health Services personnel to administer under supervision as directed.				
Tylenol	PO	Per label instruction by age/weight	Q4H prn pain or fever	
Ibuprofen	PO	Per label instruction by age/weight	Q4H prn pain or fever	
Robitussin	PO	Per label instruction by age/weight	Q4H prn cough	
Benadryl	PO	Per label instruction by age/weight	Q6H prn allergic reaction	
Dimetapp	PO	Per label instruction by age/weight	Q6-8H prn nasal congestion	
Dramamine	PO	Per label instruction by age/weight	Q6-8H prn motion sickness	
PeptoBismol	PO	Per label instruction by age/weight	Q30 min -1H no > 8doses/24H	
Name Other	PO	Per label instruction by age/weight		

Physician	
Name : _____	Signature: _____
Address: _____	
Telephone: _____	Fax: _____



Camp Health Form

Sándor Sík Scout Camp
5098 Robinson Road, Fillmore, N. Y., 14735
(585) 567-8594 www.sscspark.com

Troop Number
Csapat Szám

Camp
Tábor

Personal Information All information will be held in strictest confidence in compliance with legislation

Name: _____
 (Last) (First) (MI)

Date of Birth: ____/____/____ Age: ____ Male Female
 YY/MM/DD

Home Address: _____ Apt. _____

City: _____ State/Province: _____ Zip: _____ Home Phone: (____) _____

In Case Of Emergency Contact

Name: _____ Relationship: _____

Home Phone: (____) _____ Work Phone: (____) _____ Cell/Pager: (____) _____
 Address: _____

OR

Name: _____ Relationship: _____

Home Phone: (____) _____ Work Phone: (____) _____ Cell/Pager: (____) _____
 Address: _____

Health Insurance Information

Insurance Company: _____ Health Insurance Number: _____

Insurance Company Claims Address: _____

State/Province: _____ Zip: _____

Insurance Company Phone: (____) _____ Name of Policy Holder: _____

Medical Information Attach extra sheet if needed.

Doctor's Name: _____ Phone: (____) _____

Specialist's Name: _____ Phone: (____) _____

Are you currently being actively treated for anything? Yes No

If yes, describe the condition(s). Have your doctor list any medications that you are taking on the accompanying form.
 List any special instructions that we should know about to ensure your health during camp:

Immunization Record

Note: State law requires that this information be accurate and complete with dates of vaccination. Campers can not stay in camp if this information is incomplete!

YY/MM/DD

Tetanus ____/____/____ Diphtheria ____/____/____ Polio ____/____/____ Hepatitis B ____/____/____ Varicella ____/____/____

Measles ____/____/____ Mumps ____/____/____ Rubella ____/____/____ Haemophilus influenza Type B ____/____/____

Allergies

Do you have any allergies to medications? Yes No

Name the medication(s): _____

Do you have allergies to:	Yes	No	Name/Type	Describe reaction
Insects	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Animals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Plants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Foods	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Medical History

Do you now or have you ever had:	Yes	No	Describe details briefly:
<i>Infectious diseases</i> (Tuberculosis, HIV, Rheumatic fever, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<i>Heart conditions</i> (angina, heart attack congestive heart failure, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<i>Blood disorders</i> (anemia, clotting problems, bruising, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<i>Breathing Problems</i> (asthma, bronchitis, emphysema, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<i>Nervous system disorders</i> (fainting, seizures, epilepsy, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<i>Mental disorders</i> (depression, schizophrenia, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<i>Kidney disease</i> (urinary track infections, stones, dialysis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<i>Digestive problems</i> (ulcers, irritable bowel syndrome, eating disorders,etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<i>Hormonal disorders</i> (diabetes, thyroid, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Are you pregnant (females 11 years and older)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Have you been in hospital for anything serious in the last two (2) years?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Consent for Participation in Water Sports and Activities;

Grant permission to participate : Yes No

Swimming Ability: Non – swimmer Beginner Intermediate Advanced

Certificate (Type, Given by): _____

Consent to Medical Treatment

To the best of my knowledge, I / the above named camper, am/ is in good health and do/does not suffer from any physical, mental, or emotional problems preventing the participation in camp activities.

In case of medical emergency, permission is hereby granted to the camp first aid staff, physician or healthcare facility designated by the Camp Director to secure proper care and treatment, to hospitalize, order injections, anesthesia or surgery for me/the above named camper.

I release the Hungarian Scout Association, its leaders, helpers and associates, as well as its participants and agents from liabilities and damages incurred by me/my child while participating in all the various scouting activities, or from any liability which may result from medical services pursuant to this waiver.

Signature: _____ Relationship to camper: _____

Name(Printed): _____ Date (YY/ MM/ DD): _____



**Hungarian Scout Association in Exteris
Külföldi Magyar Cserkészszövetség**

Camp Health Services

Tábori Egészségügyi Szolgálat

Sándor Sík Scout Camp
5098 Robinson Road, Fillmore, N. Y., 14735
Telephone (585) 567-8594

Kedves Cserkésztestvéreim és Szülők!

Az agyhártyagyulladásról (meningococcal disease, or meningitis), egy potenciálisan halálos bakteriális fertőzésről írok Nektek. New York Államban, 2003. július 22-ikén hatályba lépett egy új törvény, New York State Public Health Law (NYS PHL) 2167. Kötelező, hogy minden iskolának ahol bentlakók élnek, el kell küldeni minden 7- 12-es osztályos diáknak az információt az agyhártyagyulladásról és az oltást agyhártyagyulladás ellen.

Ebben az évben kötelező, hogy a Sík Sándor Cserkész tábor minden résztvevőjétől megkapjuk a következő feljegyzéseket:

1. Egy aláírt választ, hogy a résztvevő (ha 18 éven felüli) vagy a résztvevő szülője megkapta az információt az agyhártyagyulladásról, az oltásról, és információkat az oltás elérhetőségéről meg a Menomune oltás árát.
2. Egy feljegyzés hogy a Menomune oltást az utóbbi 10 évben már megkapta, **VAGY**
3. egy szülő által aláírt (vagy résztvevő által aláírt ha 18 éven felüli) elismerés az agyhártyagyulladás veszélyeiről és a Menomune oltás megtagadásáról.

Az agyhártyagyulladás egy nagyon ritka betegség, de amikor megjelenik, akkor az influenzához hasonló tünetei nagyon nehezíti a diagnosztizálását. Ha nem kezelik elég korán, az agyvíz és a gerincfolyadék duzzadáshoz vezethet, súlyos és tartós következményekkel járhat; úgymint hallászavar, agysérülés, rohamok, végtagleválás, és néha még halál is.

1991 óta az agyhártyagyulladásos esetek a 15 és 24 év közötti fiatalok körében több mint kétszeresére növekedtek. A betegség kb. 3000 amerikai fertőzött meg és 300 életet követelt. **A Sík Sándor Cserkészparkban eddig még egyetlen egy agyhártyagyulladásos eset sem volt.**

A rendelkezésre álló oltás négy féle, az Egyesült Államokban előforduló, agyhártyagyulladást okozó baktérium ellen véd (az A, C, Y és a W-135 típus). Ezek a típusok adják a fiatalok körében előforduló agyhártyagyulladásos esetek kétharmadát.

Információt az oltás elérhetőségéről és áráról kaphatsz az orvosodtól vagy megtalálhatod a gyártó honlapján: www.meningitisvaccine.com. A tábor nem biztosít az oltási lehetőséget.

Azt tanácsolom, hogy nézd át figyelmesen a csatolt anyagot. Kérlek töltsd ki a **Meningococcal Vaccination Response Form** és juttasd vissza az Egészségügyi ívvel együtt a csapatparancsnokodnak a tábor kezdete előtt.

Hogyha további információkra van szükség az agyhártyagyulladással és az oltással kapcsolatban, kérdezd meg a gyermeked orvosát. A betegségről további információkat találhatsz a alábbi honlapokon: NY State Dept. of Health: www.health.state.ny.us, Centers For Disease Control and Prevention (CDC): www.cdc.gov/ncidod/dbmd/diseaseinfo.

Jó Munkát!

Dr. Filó Gábor Egészségügyi Vezetőtiszt