

Der Rat der griechischen Götter



Wie jedes Jahr treffen sich die drei Götter Zeus, Hades und Poseidon. Es soll eine weitere Gottheit vorübergehend in den grossen Rat aufgenommen werden. Nun steht die Frage im Raum, wer das sein soll.

Die drei Gottheiten haben sich dazu entschieden die Kinder aller kandidierenden Gottheiten auf die Probe zu stellen, um zu sehen, wer sich als würdig erweist. Hilf also auch du mit, dass deine Gottheit den angesehenen Platz im grossen Rat erhält!



Infos zum Kantitreffen vom 14./15. September 2024

Wo: Bei der Abteilung Windegg in Niederurnen

Wann: Start: 14.09.2024, 9:00 Uhr
Bahnhof Nieder- und Oberurnen
Ende: 15.09.2024, 14:00 Uhr
Bahnhof Nieder- und Oberurnen

Kosten: CHF 40.- (bitte in Bar mitbringen)

Anmeldung bis am **01.09.2024** ausgefüllt an: Yorick Pfändler / Yukon
& Notfallblatt: Hädilochstrasse 41
8867 Niederurnen
yorickp@gmx.ch

Notfallnummer während dem Wochenende

Magnus Gugelmann / Lupin
Abteilungsleiter Pfadi Windegg
076 380 76 71

Packliste

<input type="checkbox"/> Verkleidung als Halbgöttin/Halbgott	<input type="checkbox"/> Sonnen- und Regenschutz
<input type="checkbox"/> Pfadihemd und Krawatte	<input type="checkbox"/> Lunch für Samstagmittag
<input type="checkbox"/> Wetterangepasste Kleidung	<input type="checkbox"/> Essgeschirr
<input type="checkbox"/> Armbanduhr	<input type="checkbox"/> Schlafsack und Mätteli
<input type="checkbox"/> Taschenlampe	<input type="checkbox"/> Necessaire
<input type="checkbox"/> Sackmesser	<input type="checkbox"/> Persönliche Medikamente
<input type="checkbox"/> Technix	<input type="checkbox"/> Ersatzkleider



Anmeldetalon

Vor- und Nachname: _____

Pfadiname: _____

Geburtsdatum: _____

Abteilung: _____

Telefonnummer: _____

GA/Halbtax: _____

Ort, Datum:

Unterschrift Erziehungsberichtigte/r:



Notfall- und Informationsblatt*

Bitte zusammen mit der Anmeldung einreichen.

Vor- und Nachname: _____

Pfadiname: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Abteilung: _____

Notfallkontakt: (erreichbar während dem Wochenende)

Vor- und Nachname: _____

Telefonnummer: _____

Hausarzt:

Name des Hausarztes: _____

Adresse: _____

Bemerkungen: (Medikamente, Allergien, etc.)

Ort, Datum:

Unterschrift Erziehungsberichtigte/r:

*die Daten werden vertraulich behandelt und nach dem Wochenende ordnungsgemäss vernichtet.