



Anmeldung zur Teilnahme

- ☐ am 20. Integrativen Segelflug-Jugendcamp in Merzbrück vom 18. bis 22. Juli 2025
- ☐ am 15. Integrativen Segel-Jugendcamp in Woffelsbach vom 08. bis 12. August 2025
Die Schwimmfähigkeit der Teilnehmenden wird für den Wassersport vorausgesetzt!
- ☐ am 5. Integrativen Zirkus-Jugendcamp vom 17. bis 21. Oktober 2025
- ☐ ich habe bereits in Vorjahren an einem Integrativen Jugendcamp teilgenommen

Familienname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Geschlecht	
Staatsangehörigkeit	
Schule/Arbeitgeber	
Wohn Einrichtung (ggf.)	
E-Mail-Adresse für Zu- oder Absagen angeben	

Ansprechpartner für Notfälle (zwingend notwendig!)

Name:

Telefonnummer:

Erklärung

Ich verzichte auf alle Ansprüche, soweit sie nicht durch etwaige Versicherungen abgedeckt sind, die mir gegenüber den Veranstaltern daraus entstehen könnten, dass ich anlässlich meiner Teilnahme am Segelflug-, am Segel- oder am Zirkuswochenende sei es am Boden, in der Luft oder auf dem Wasser, Unfälle oder sonstige Nachteile erleide.

Diese Erklärung gilt unabhängig davon, aus welchem Rechtsgrund Ansprüche gestellt werden können. Sie erstreckt sich auch auf solche Personen und Stellen, die aus meinem Unfall selbstständig sonst Ansprüche herleiten können.

Ort, Datum

Unterschrift des volljährigen Teilnehmenden/gesetzlichen Vertreters

Erklärung des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen

Als gesetzlicher Vertreter stimme ich der obigen Erklärung und der beabsichtigten Teilnahme meines Kindes / Mündels am Segelflug-, Segel- oder Zirkuswochenende zu. Des Weiteren stimme ich der Teilnahme am Flug-, Wassersport- oder Akrobatikbetrieb in der Manege zu.

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters



Informationsblatt über die Teilnehmenden

Bitte unbedingt ausfüllen!

Ich möchte in eine Gruppe mit: _____
(Für jeden Teilnehmer muss eine Anmeldung abgegeben werden)

Haftpflichtversicherung

☐ ja, besteht ☐ nein, besteht nicht

Letzte Tetanusimpfung

☐ ja, wann: _____ ☐ nein

Allergien/ Lebensmittelunverträglichkeiten

☐ ja, welche: _____ ☐ nein

Verpflegung

- ☐ Normal ist immer ohne Schweinefleisch
☐ Vegetarisch

Auffälligkeiten/bestehendes Krankheitsbild:

(Wissenswertes bitte unbedingt angeben wie z.B. Gehörlos, Sprachbarriere, etc.!)

Einnahme von Medikamenten:

☐ Ja (siehe Blatt 3) ☐ Nein

Zustimmungserklärung:

Während der Ferienfreizeit werden Fotos von unserem Fotografen, Vertretern der Presse und ggf. dem WDR gemacht. Diese Fotos werden wir ebenfalls auf unserer Facebookseite veröffentlichen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit der Veröffentlichung des Bildmaterials einverstanden bin.

Ort, Datum

Unterschrift des volljährigen Teilnehmenden/gesetzlichen Vertreters

Mir ist bekannt, dass für Unfälle, die durch Missachtung der Anweisung des Betreuungspersonals entstehen, keine Haftung übernommen werden kann. Bei groben Verstößen der Regelungen sind wir befugt vorzeitig die Camp Teilnahme zu beenden.

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmenden



Medikamentöse Behandlung

Name Teilnehmende: _____

Wir bitten Sie dieses Formular sorgfältig auszufüllen, damit die individuelle medizinische Betreuung des Teilnehmers gewährleistet werden kann.

Medikamenteneinnahme:

- ☐ Nimmt selbstständig Medikamente
- ☐ Braucht Unterstützung
(Erinnerung und Überprüfung der Einnahme)

Medikamente werden aus Sicherheitsgründen bei den Betreuern aufbewahrt!

Name des Medikamentes	Grund der Einnahme	<u>Morgens</u> ☐ vor dem Essen ☐ nach dem Essen	<u>Mittags</u> ☐ vor dem Essen ☐ nach dem Essen	<u>Abends</u> ☐ vor dem Essen ☐ nach dem Essen
		Menge:	Menge:	Menge:
		Menge:	Menge:	Menge:

Notfall- Bedarfsmedikamente:

- ☐ nicht vorhanden
- ☐ vorhanden:

Name	Grund	Empfohlene Menge

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters