



Anmeldung zur Teilnahme

(Anmeldeschluss: 30. Juni 2019)

- am Integrativen Jugendcamp in Merzbrück vom 12. bis 16. Juli 2019 **oder/und**
- am Integrativen Jugendcamp in Woffelsbach vom 9. bis 13. August 2019
- ich habe bereits in Vorjahren an einem Integrativen Jugendcamp teilgenommen

Familienname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Geschlecht	
Staatsangehörigkeit	
Schule/Arbeitgeber	
Wohnrichtung (ggf.)	
Passnummer (zwingend erforderlich für den Ausflug zur NATO Air Base; Camp Merzbrück)!	

Falls Sie in unseren E-Mail-Verteiler aufgenommen werden wollen, um zukünftige Informationen bezüglich der Camps zu erhalten können Sie uns gerne Ihre E-Mail-Adresse mitteilen: _____

Ansprechpartner in Notfällen (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 Segelflugwochenende oder am Segelwochenende, 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.

Datum

Unterschrift des volljährigen Teilnehmers/ 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- oder Segelwochenende zu. Des Weiteren stimme ich der Teilnahme am Flug- oder Wassersportbetrieb zu.

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters



Informationsblatt über die Teilnehmer/Innen

Bitte unbedingt ausfüllen!

Ich möchte in eine Gruppe mit: _____

(Für jeden Teilnehmer muss eine Anmeldung abgegeben werden)

Ich brauche einen Schlafsack/Isomatte

ja nein

Haftpflichtversicherung

ja, besteht nein, besteht nicht

Letzte Tetanusimpfung

ja, wann: _____ nein

Allergien/ Lebensmittelunverträglichkeiten

ja, welche: _____ nein

Auffälligkeiten/bestehendes Krankheitsbild:

(Wissenswertes bitte unbedingt angeben!)

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 Teilnehmers/ 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 Teilnehmers/der Teilnehmerin

Medikamentöse Behandlung

Name des Teilnehmers: _____

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	Morgens <input type="checkbox"/> vor dem Essen <input type="checkbox"/> nach dem Essen	Mittags <input type="checkbox"/> vor dem Essen <input type="checkbox"/> nach dem Essen	Abends <input type="checkbox"/> vor dem Essen <input type="checkbox"/> nach dem Essen
		Menge:	Menge:	Menge:
		Menge:	Menge:	Menge:

Notfall- Bedarfsmedikamente:

- nicht vorhanden
- vorhanden:

Name	Grund	Empfohlene Menge

Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters