

# Anmeldung zur Teilnahme

(Anmeldeschluss: 05. Juli 2024)

- am 19. Integrativen Segelflug-Jugendcamp in Merzbrück vom 12. bis 16. Juli 2024
- am 14. Integrativen Segel-Jugendcamp in Woffelsbach vom 09. bis 13. August 2024  
**Die Schwimmfähigkeit der Teilnehmenden wird für den Wassersport vorausgesetzt!**
- am 4. Integrativen Zirkus-Jugendcamp vom 18. bis 22. Oktober 2024
- ich habe bereits in Vorjahren an einem Integrativen Jugendcamp teilgenommen

Familienname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Geschlecht	
Staatsangehörigkeit	
Schule/Arbeitgeber	
Wohneinrichtung (ggf.)	
Passnummer	zwingend erforderlich für den Ausflug zur NATO Air Base bei Camp Merzbrück!
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 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>	<u>Mittags</u>	<u>Abends</u>
		<input type="checkbox"/> vor dem Essen <input type="checkbox"/> nach dem Essen	<input type="checkbox"/> vor dem Essen <input type="checkbox"/> nach dem Essen	<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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters