

Kurzzeithelden gGmbH

NB 52° 33'436"

E 013° 26'442"



Geschäftsstelle

Bühningstraße 12

13086 Berlin

Fon: (030) 44 67 58 90 oder

(030) 24 53 25 14

Fax (030) 24 53 25 15

E-Mail: s.toepfer@kurzzeithelden.net oder
info@kurzzeithelden.net

Internet: www.kurzzeithelden.net

Verbindliche Reiseanmeldung für Ferienfreizeiten

Reisewunsch/ Programm: _____

Reisetermin: _____

Bitte Ausweichtermin angeben: _____

Wie / oder durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Angaben zum Kind:

Name: _____ Vorname: _____

PLZ / Wohnort: _____

Straße: _____

Geburtsdatum: _____

Mädchen

Junge

Nationalität: _____

Angaben zu den Eltern:

Name: _____ Vorname: _____

Tel. privat: _____ ggf. Tel. dienstl.: _____

E-Mail: _____

Im Notfall kann folgende Dritt-Person des Vertrauens informiert werden:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

Angaben für das Team/ Trainer*innen, diese werden vertraulich behandelt!

Kurzzeithelden gemeinnützige GMBH

Steuernummer 27/ 613/01557

IBAN DE78 100 100 10 0583 769 107

BIC: PBNKDEFF



be

GUT DRAUF



Mein Kind ist: Schwimmer

Nichtschwimmer

Schwimmstufe _____

Ich erlaube meinem Kind unter fachkundiger Anleitung und unter Berücksichtigung der z.Z. gültigen Sicherheitsstandards (u.a. DAV, ERCA) die Teilnahme an folgenden Aktivitäten (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Floßbau und Floßfahrt

Klettern und Prusiken (Klettertechniken am Seil in Sicherung)

Team Hochseilklettern (in Team Seilsicherung)

Kanutour

Übernachtung im Freien

Bogenschießen

Baden

Schnitzen

Ich bin einverstanden, dass sich mein Kind zeitlich und räumlich begrenzt und mit Genehmigung des Betreuers von der Gruppe entfernen darf (z.B. bei Geländespielen).

Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes:

Ich teile Ihnen mit, dass folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen bei meinem Kind bestehen (bitte zutreffendes ankreuzen):

Herz-Kreislaufkrankungen

Verletzungen des Bewegungs- Stützapparates (Wirbelsäulenbeschwerden), auch wenn sie bereits längere Zeit zurückliegen

Asthma

Einschränkung der Mobilität

Epilepsie

Diabetes

Allergien gegen Stoffe, die in der Natur vorkommen, wenn ja – welche?

Lebensmittelallergien, wenn ja – welche?

Vegetarier

Veganer

Religiöse Essensvorschriften, wenn ja welche _____

Fieber innerhalb der letzten zwei Wochen

Sonstiges _____



Müssen regelmäßig Medikamente eingenommen werden? Wenn ja, welche?

Ich bin damit einverstanden, dass die jeweiligen Trainer*innen, die eine aktuelle Erste Hilfe Bescheinigung besitzen, folgende Sofortmaßnahmen vornehmen dürfen:

Verabreichung von Fenistil Gel (Antijuckreizmittel)	ja	nein
Verabreichung von Antimückenspray/ Gel	ja	nein
Entfernung von Zecken mit Hilfe einer Zeckenzange	ja	nein

(Protokoll darüber wird erstellt)

Sollte durch Krankheit oder Unfall eine ärztliche Behandlung notwendig sein oder eine Krankenhauseinweisung veranlasst werden, bin ich mit diesen Maßnahmen einverstanden, stimme den ärztlicherseits als notwendig erachteten Sofortmaßnahmen zu und verzichte auf die vorherige Befragung des/ der Personensorgeberechtigten. Eine Verständigung durch die Kurzzeithelden gGmbH erfolgt unmittelbar.

Mein Kind ist krankenversichert bei folgender Krankenkasse: _____

Mitgliedsnummer: _____

Mein Kind ist gegen Tetanus (Wundstarrkrampf) geimpft:	ja	nein
Für mein Kind besteht eine priv. Haftpflichtversicherung:	ja	nein
Eine priv. Unfallversicherung:	ja	nein
Taschengeldverwaltung durch die Betreuer erwünscht?	ja	nein

Zusätzliche Hinweise für das Team (z.B. vegetarisches Essen erwünscht, religiöse Essensvorschriften etc., Zahnsperre, Brille)



Mit wem ins Zimmer? _____

Gibt es Besonderheiten über Ihr Kind, die wir wissen sollten? Diese Informationen behandeln wir vertraulich, aber sie sind für das Team wie auch für Ihr Kind vor Ort sehr wichtig und hilfreich.

(z.B. ADHS, Therapie, Phobien, Verhaltensauffälligkeiten, körperliche Beeinträchtigungen)

Versicherungsschutz

Ich buche zusätzlich:

- Reiserücktrittsversicherung (URV Versicherung) 19,00 €
- Reiserücktrittsversicherung (Hanse Merkur) 18,00 €
- Ich bin damit einverstanden, dass Fotos von meinem/unserem Kind gemacht und für die Öffentlichkeitsarbeit, Broschüren, Flyer, Instagram, Facebook verwendet werden können. ja nein
- Ich bin damit einverstanden, weitere Informationen auch über 2018 hinaus durch die Kurzzeithelden gGmbH zu erhalten. (z.B. in Form Newsletter, Mails, Postsendungen) ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten durch die Kurzzeithelden gGmbH gespeichert werden dürfen. Dies dient der individuellen Vorbereitung der konkreten Ferienfreizeit und Abstimmung mit der Kurzzeithelden gGmbH / dem Trainer*innen Team und Ihnen als Eltern. ja nein

Der Abschluss einer Reiserücktrittsversicherung wird ausdrücklich empfohlen.

Wir sind im Besitz einer Haftpflicht- und Unfallversicherung für die Teilnehmer*innen der Sommerfreizeiten.



Vereinbarung über Reiserücktrittskostenversicherung

Die Kurzzeithelden gGmbH und der/ die Unterzeichnende sind sich darüber einig, dass folgende Vereinbarungen gelten:

1. Die Reiserücktrittskostenversicherung beginnt mit dem Vertragsabschluss und gilt für alle Rücktrittsfälle der gebuchten Reise.
2. Die bei Rücktritt von der Reise geschuldeten Stornogebühren werden nicht erhoben, wenn die Stornierung
3. aus den nachstehenden Gründen erfolgt ist:
 - Unfall, Tod oder unerwartete Erkrankung der angemeldeten Person oder eines nahen Familienangehörigen;
 - Erheblicher Schaden am Eigentum infolge Feuer, Elementarereignis oder strafbarer Handlungen Dritter bei der versicherten Person;Der Nachweis ist durch geeignete Belege (z.B. ärztliches Attest) zu erbringen.
4. Die vorzeitige Beendigung der Reise durch Krankheit des Reiseteilnehmers ist nicht versichert.

Die Kurzzeithelden gGmbH sind im Besitz einer Insolvenzversicherung bei der R & V Versicherung.

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen habe ich gelesen und erkenne sie an.

Die neue Datenschutzverordnung habe ich gelesen und erkenne sie an.

Die Reise und Geschäftsbedingungen als auch das Formblatt (Anlage 11 zu Art. 250 EGBGB) habe ich gelesen und erkenne sie als verbindliche Vertragsbestandteile an.

Datum: _____ Name in Druckschrift _____

Unterschrift der/s Sorgeberechtigten: _____

