

# Anmeldung Kletterwochenende2025

Kletterwochenende für Mädchen\* mit und ohne Behinderungen von 12-21 Jahren

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 27/28. September 2025 (Vortreffen am 17.09.2025 von 16.30h-18.00h) |
|---|

Das Vortreffen ist Voraussetzung für die Teilnahme am Wochenende. Infos kommen mit der Post.

**Bitte beachten:** Die Anmeldung ist gültig, sobald das unterschriebene Formular bei Zora eingegangen und bestätigt ist. Die Anmeldung muss bis spätestens 14 Tage nach Platzreservierung bei Zora eingegangen sein, sonst wird die Reservierung aufgehoben. Sollte die Veranstaltung ausfallen, so werden die Kosten zurückerstattet. Eine Abmeldung muss bis spätestens zum Vortreffen erfolgen, da ansonsten 50% der Kosten als Ausfallgebühr in Rechnung gestellt werden. Bei Nichtantreten der Veranstaltung muss der volle Kursbetrag bezahlt werden. Im Krankheitsfall wird bei Vorlage eines ärztlichen Attests die Kursgebühr rückerstattet.

Teilnehmerin\*:

Name, Vorname	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
Handynummer	
E-Mail	
Geburtsdatum	

**Bezahlung 70€ (inklusive Fahrt, Verpflegung, Übernachtung)**

Bezahlung ab 2025 nur noch per Überweisung. Sie erhalten von uns eine Rechnung.

Rechnungsadresse, falls abweichend von der Adresse der Teilnehmerin*:
Einrichtung/Name, Vorname: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Ort: _____

## Einverständnis Datenschutz, Flyer und Fotos (bitte beantworten):

Die Datenschutzbestimmungen finden Sie auf unserer Homepage unter <a href="https://imma.de/datenschutz/">https://imma.de/datenschutz/</a> Ich habe die Datenschutzbestimmungen zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten/die Kontaktdaten der Teilnehmerin* verwendet werden, um zukünftig Flyer mit weiteren Terminen für Freizeitwochenenden zu schicken. Die Daten werden ausschließlich für diesen Zweck gespeichert und an niemanden weitergegeben. Wenn Sie keine Post mehr bekommen möchten, können Sie jederzeit eine Mail schicken.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass alle Mädchen* vom Wochenende eine Foto-CD oder einen Downloadlink mit Bildern von allen Teilnehmerinnen* erhalten. Wir verschicken die Fotos nur dann, wenn alle damit einverstanden sind.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass IMMA e.V. Fotos, auf denen die Teilnehmerin* abgebildet ist, für die Speicherung und Veröffentlichung im Rahmen der Gestaltung ihres Informationsmaterials (Printmedien und Webseite) unentgeltlich nutzt. Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden und gilt ansonsten zeitlich unbeschränkt. Ein Widerruf dieser Erklärung ist nur für die Zukunft möglich. Bereits vorhandene Printmedien dürfen aufgebraucht werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Für die Anmeldung zum Kletterwochenende von Minderjährigen, benötigen wir bitte beide Unterschriften (der Teilnehmerin\* und der erziehungsberechtigten Person).

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmerin\*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift erziehungsberechtigte Person  
(bei Minderjährigen)

## GESUNDHEITSBLATT

Bitte füllen Sie das Gesundheitsblatt sorgfältig aus und geben es mit der Anmeldung zusammen ab. Alle Daten werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz!

Diese Person ist während dem Kletterwochenende erreichbar und soll im Notfall oder bei Abholung angerufen werden:		
Name:		
Anschrift:		
Telefon:		
Handy:		
Erziehungsberechtigte Person bei Minderjährigen:		
Name:		
Anschrift:		
Telefon:		
Fragen zur Gesundheit der Teilnehmerin*:		
Versichert bei (Krankenkasse):		
Krankheiten (z.B. Epilepsie, Asthma, Diabetes)	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:	<input type="checkbox"/> Nein
Beeinträchtigungen (körperlich, psychisch)	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:	<input type="checkbox"/> Nein
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja, folgende	<input type="checkbox"/> Nein
Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja, folgende (Liste dazugeben, falls erforderlich):	<input type="checkbox"/> Nein
Die Teilnehmerin* braucht Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten.	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:	<input type="checkbox"/> Nein
Benötigt die Teilnehmerin* Hilfsmittel für das Wochenende (z.B. Brille, Hörgeräte, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:	<input type="checkbox"/> Nein
Schwierigkeiten beim Ein-/Durchschlafen	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:	<input type="checkbox"/> Nein
Die Teilnehmerin* hat schon einmal woanders übernachtet.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Das brauche ich/die Teilnehmerin* für das Wochenende/zum Einschlafen (Glücksbringer, Kuscheltier, etc.):		

Welche Gewohnheiten der Teilnehmerin* sollten wir vor dem Wochenende kennen (z.B. bestimmte Verhaltensweisen, Einschlafrituale, Schlafgewohnheiten, ...):
Bei welchen Aktivitäten kann/darf ihre Tochter mit machen? Bitte ankreuzen:  <input type="checkbox"/> Klettern <input type="checkbox"/> Bouldern <input type="checkbox"/> Wandern/Spazieren <input type="checkbox"/> Aufräumen und Abspülen in der Ferienwohnung  Das möchte ich dazu mitteilen:
Sonstiges/Besonderheiten, was für das Wochenende wichtig sein könnte, damit Du Dich wohlfühlen kannst:

Ich versichere, dass ich/die Teilnehmerin\* körperlich und seelisch belastbar genug bin/ist, um den Anforderungen eines pädagogischen Erlebniswochenendes gewachsen zu sein.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmerin\*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift erziehungsberechtigte Person  
(bei Minderjährigen)

## Gesundheitspass Epilepsie

(nur ausfüllen und abgeben bei einer Erkrankung der Teilnehmerin\* an Epilepsie)

Welche Trigger oder Auslöser für epileptische Anfälle sind Ihnen und/oder der Teilnehmerin\* bekannt?

---

---

---

---

Wie sind die Rahmenbedingungen der epileptischen Anfälle der Teilnehmerin\*? Wie ist das typische Verhalten? Wie stark sind die Anfälle?

---

---

---

---

Merkt die Teilnehmerin\* selbst vor dem Anfall etwas und kann Bescheid sagen? (Auslöser, Anzeichen der Vorwarnung)

- Ja
- Nein

Wenn ja, bitte beschreiben:

---

---

---

Wann war der letzte epileptische Anfall der Teilnehmerin\*? Wie häufig treten die Anfälle in der Regel auf?

---

---

---

Ort, Datum

Unterschrift der Teilnehmerin\*

Unterschrift erziehungsberechtigte Person  
(bei Minderjährigen)