

# Anmeldung Pferdetage 2026

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

(gewünschten Termin ankreuzen, es ist nicht möglich sich für 2 Tage im selben Monat anzumelden):

- 20. Juni 2026** (Vortreffen am 10. Juni von 16.30h-18.00h)
- 21. Juni 2026** (Vortreffen am 10. Juni von 16.30h-18.00h)
- 17. Oktober 2026** (Vortreffen am 7. Oktober von 16.30h-18.00h)  
(dieser Pferdetag ist noch besser geeignet für Mädchen\* mit Behinderungen)
- 18. Oktober 2026** (Vortreffen am 7. Oktober von 16.30h-18.00h)

Das Vortreffen ist Voraussetzung für die Teilnahme am Pferdetag. 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 Nichtanreten 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	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
E-Mail	
Postadresse, falls abweichend	

**Bezahlung 50€ (inklusive Fahrt, Verpflegung)**

**Bezahlung ausschließlich per Überweisung. Sie erhalten von uns eine Rechnung.**

Rechnungsadresse, falls abweichend von der Adresse der Teilnehmerin\*:

Einrichtung/Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

## 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 Pferdetag 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/Behinderung (körperlich, psychisch)	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:	<input type="checkbox"/> Nein
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja, folgende	<input type="checkbox"/> Nein
Die Teilnehmerin* benötigt Hilfsmittel für den Pferdetag (z.B. Brille, Hörgeräte, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja, folgende	<input type="checkbox"/> Nein

### Medikamente

Die Teilnehmerin* nimmt Medikamente ein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende (Liste bitte dazugeben)	<input type="checkbox"/> Nein
Die Teilnehmerin* braucht Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten.	<input type="checkbox"/> Ja, folgende:	<input type="checkbox"/> Nein

### Weitere Wichtige Informationen

Welche Gewohnheiten der Teilnehmerin\* sollten wir vor dem Pferdetag kennen (z.B. bestimmte Verhaltensweisen)

Bei welchen Aktivitäten kann/darf ihre Tochter mit machen? Bitte ankreuzen:

- Arbeit mit den Pferden
- Reiten
- Kutsche fahren
- Pferdestall ausmisten
- Kochen
- Aufräumen und Abspülen in der Unterkunft

Das möchte ich dazu mitteilen:

Sonstiges/Besonderheiten, was für den Pferdetag 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 Erlebnistages mit Tieren gewachsen zu sein.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Teilnehmerin\*

---

Unterschrift erziehungsberechtigte Person  
(bei Minderjährigen)

**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 Erlebniswochenenden 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 Pferdetag 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 Pferdetag von Minderjährigen, benötigen wir bitte beide Unterschriften (der Teilnehmerin\* und der erziehungsberechtigten Person).

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Teilnehmerin\*

---

Unterschrift erziehungsberechtigte Person  
(bei Minderjährigen)

## Epilepsie Fragebogen

(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\*)