

Anmeldung Erlebniswochenende „Girls Trip“ 2026

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

(gewünschten Termin ankreuzen):

- ☐ 25./26. April 2026 (Vortreffen am 15. April von 16.30h-18.00h)

☐ 10./11. Oktober 2026 (Vortreffen am 1. Oktober 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 | |
| Geburtsdatum | |
| Telefonnummer | |
| E-Mail | |
| Postadresse, falls abweichend | |

Bezahlung 80€ (inklusive Fahrt, Verpflegung, Übernachtung)

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 Erlebniswochenenden 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)

☐ Ja, folgende:

☐ Nein

Beeinträchtigungen/Behinderung (körperlich, psychisch)

☐ Ja, folgende:

☐ Nein

Allergien

☐ Ja, folgende

☐ Nein

Die Teilnehmerin* benötigt Hilfsmittel für das Wochenende (z.B. Brille, Hörgeräte, etc.)

☐ Ja, folgende

☐ Nein

Medikamente

Die Teilnehmerin* nimmt Medikamente ein

☐ Ja, folgende (Liste bitte dazugeben)

☐ Nein

Die Teilnehmerin* braucht Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten.

☐ Ja, folgende:

☐ Nein

Weitere Wichtige Informationen

| | | |
|--|--|-------------------------------|
| Die Teilnehmerin* hat 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 |
| Welche Gewohnheiten der Teilnehmerin* sollten wir vor dem Wochenende kennen (z.B. bestimmte Verhaltensweisen, Einschlafrituale, Kuscheltier, Schlafgewohnheiten, ...): | | |
| Bei welchen Aktivitäten kann/darf ihre Tochter mit machen? Bitte ankreuzen: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klettern <input type="checkbox"/> Bouldern <input type="checkbox"/> Wandern/Spazieren <input type="checkbox"/> Kochen <input type="checkbox"/> Aufräumen und Abspülen in der Unterkunft <input type="checkbox"/> Kontakt mit Tieren 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 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 https://imma.de/datenschutz/ 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. <small>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.</small> | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ich bin damit einverstanden, dass alle Mädchen* vom Wochenende 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. <small>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.</small> | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Für die Anmeldung zum Erlebniswochenende 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*

**Zora Gruppen
und Schulprojekte**
Jahnstraße 38
80469 München

Tel.: 089/23 88 91-40/-43
Fax: 089/23 88 91-15
zora-gruppen@imma.de
www.imma.de

Unterschrift erziehungsberechtigte Person
(bei Minderjährigen*)

IMMA e.V.
Initiative für
Münchner Mädchen
Jahnstraße 38
80469 München

Bank für Sozialwirtschaft
Geschäftskonto 7803800
Spendenkonto 7803801
BLZ 70020500

Gemeinnütziger Verein
dem Paritätischen
Wohlfahrtsverband
angeschlossen