

Seilgarten Lesum e.V. · Am Hagen 8, 27721 Ritterhude

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG und Gesundheitsfragebogen

KINDER / JUGENDLICHE

Seilgarten Lesum e.V.

Telefon (0421) 959 37 93
Telefax (0421) 959 37 94
info@seilgarten-lesum.de
www.seilgarten-lesum.de

Adresse GESCHÄFTSSTELLE

Am Hagen 8
27721 Ritterhude

Adresse SEILGARTEN

Im Park am Holthorster Weg
28717 Bremen
NordWestBahn: Bhf. St.-Magnus
Bus: Linien 90, 91/92
Haltestelle „Holthorster Weg“

Charakter des Seilgarten-Angebots

Die von uns verwendeten Programmelemente beinhalten zum großen Teil Aktivitäten in der Natur, Kletteraktivitäten, die Überquerung von Seilbrücken und Balanciereinheiten auf Seilen, Holzelementen etc.. Bei Aktivitäten ab einer Tritthöhe von über 1,5m werden die Teilnehmer*innen mittels im Bergsport üblicher Methoden gegen Absturz gesichert. Sicherheit steht bei uns an erster Stelle! Die Aktivitäten werden von geschultem Fachpersonal durchgeführt. Sportlichkeit ist ausdrücklich nicht Voraussetzung, um an unseren Programmen teilnehmen zu können.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

dass meine Tochter/ mein Sohn.....

an den Aktivitäten im Seilgarten Lesum auf eigenen Wunsch und auf eigene Verantwortung teilnehmen darf. Den Grad der Teilnahme am Programm sowie die Intensität der körperlichen Betätigung bestimmt im Programm jede*r selbst. Die Beantwortung folgender Fragen zur körperlichen Verfassung dient ausschließlich der eigenen Sicherheit. Die Fragebögen werden vertraulich behandelt. **Im Falle eines Infektionsgeschehens werden die Kontaktinformationen an die Gesundheitsbehörden weitergegeben. Die Angabe von Adresse & Telefonnummer ist daher Teilnahmevoraussetzung!**

Die Informationspflicht zu den folgenden Punkten obliegt den Teilnehmer*innen. **(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Herz- Kreislauferkrankungen | <input type="radio"/> Zurückliegender Herzinfarkt |
| <input type="radio"/> Verletzungen des Bewegungsapparates (Bänderriss, Zerrung, etc.) | <input type="radio"/> Asthma |
| <input type="radio"/> Verletzung d. Stützapparates (Wirbelsäule, Rückenbeschw., Bandscheibe) | <input type="radio"/> Epilepsie |
| <input type="radio"/> Allergien gegen Stoffe in der Natur (Bienenstiche, Pflanzen, Pollen...) | <input type="radio"/> Fieber innerhalb der letzten Tage |
| <input type="radio"/> Regelmäßige Medikamenteneinnahme | <input type="radio"/> Therapeutische Behandlung |

Von einer Teilnahme ist zwingend abzusehen, wenn am Kurstermin oder in den Tagen zuvor Fieber oder andere Krankheitssymptome vorliegen. Ihre Mithilfe in dieser Frage ist ein wesentlicher Sicherheitsfaktor.

Sonstiges/ Erklärungen:

.....

Name: Vorname:

Adresse:

Geb.Datum: Telefon d. Eltern:

Kurstermin:

Datum: _____ Unterschrift eines/einer Erziehungsberechtigten

UND des/der TeilnehmerIn