

Seilgarten Lesum e.V. - Lloydstraße 32 - 27721 Ritterhude

**Seilgarten Lesum e.V.**

[info@seilgarten-Lesum.de](mailto:info@seilgarten-Lesum.de)  
[www.seilgartenlesum.de](http://www.seilgartenlesum.de)

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG und Gesundheitsfragebogen

**Adresse GESCHÄFTSSTELLE**  
Lloydstraße 32  
27721 Ritterhude

KINDER / JUGENDLICHE

**Adresse SEILGARTEN**  
Im Park am Holthorster Weg  
28717 Bremen  
NordWestBahn: Bhf. St.-Magnus  
Bus: Linie 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 usw. Bei Aktivitäten ab einer Tritthöhe von über 1,5 m werden die Teilnehmenden 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 keine Voraussetzung für die Teilnahme.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich**, dass mein Kind .....  
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 jede\*r selbst.

Die Beantwortung folgender Fragen zur körperlichen Verfassung dient ausschließlich der eigenen Sicherheit. Die Fragebögen werden vertraulich behandelt. Die Informationspflicht zu den folgenden Punkten obliegt den Teilnehmenden.

### Zutreffendes bitte ankreuzen:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen   | <input type="radio"/> Zurückliegender Herzinfarkt       |
| <input type="radio"/> Verletzungen des Bewegungsapparates (Bänderriss, Zerrung...)          | <input type="radio"/> Asthma                            |
| <input type="radio"/> Verletzungen des Stützapparates (Wirbelsäule, Rücken, Bandscheibe...) | <input type="radio"/> Epilepsie                         |
| <input type="radio"/> Allergien gegen Stoffe in der Natur (Bienen, 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: .....

Geburtsdatum: ..... Telefonnummer der Eltern: .....

Kurstermin: .....

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift eines/einer Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_ UND des/der Teilnehmenden