



Abenteuer Rückenwind

17. – 21. September 2017

Anmeldung

Name	Vorname	Geburtsdatum / -ort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Telefon	Mobil (Teilnehmer)	Nationalität
im Notfall erreichbar (Name, Telefonnummer)		Personalausweisnummer
E-Mail (Teilnehmer)	E-Mail (Eltern)	Mobil (Eltern)

Mitgliedschaft im Verein S „Thor Heyerdahl“ e. V.

bereits Mitglied seit _____

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft als

Dauermitglied **oder**

Jahresmitglied für das Jahr 20__ für ___x Erwachs. / ___x Jugendl.

Die Allgemeinen Teilnahmebedingungen des Veranstalters "Segelschiff Thor Heyerdahl gGmbH" habe ich erhalten. Ich erkläre ausdrücklich, auch für die vertraglichen Verpflichtungen aller von mir angemeldeten Teilnehmer einzustehen und buche auf der Grundlage der Allgemeinen Teilnahmebedingungen bei dem Reiseveranstalter " Segelschiff Thor Heyerdahl gGmbH" die oben näher bezeichnete Reise.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Teilnehmer bzw. Erziehungsberechtigter)

Bitte sprechen Sie mit Ihrem Kinderarzt und lassen Sie sich die unbedenkliche Teilnahme am Projekt unterschreiben.

Aus medizinischer Sicht spricht nichts gegen die Teilnahme an dem Projekt „Abenteuer Rückenwind“ auf dem Traditionssegler Thor Heyerdahl.

Stempel/Unterschrift Arzt

Abenteuer Rückenwind
Maria und Katharina Gries
abenteuer.rueckenwind@thor-heyerdahl.de
0431 88917907
rueckenwind.thor-heyerdahl.de



Gesundheitsfragebogen

Von:

geb.:

Grunderkrankung	seit wann
Nebendiagnosen:	Umfang der sportl. Belastbarkeit:
Allergien	
Medikamente (Wirkstoff bzw. Name und Dosierung, Wann? Wie?)	
Notallmedikamente (Wirkstoff bzw. Name und Dosierung)	
<input type="checkbox"/> nimmt Medikament selbst →	ggf. hiermit versichere ich, dass mein Kind ohne Hilfe seine Medikamente nimmt! <hr/> Unterschrift Erziehungsberechtigter
<input type="checkbox"/> braucht Unterstützung / Beaufsichtigung durch Pflegekräfte	
Hausarzt (Name, Anschrift, Telefonnummer)	
besondere Kostform:	
Hilfsmittel: (z.B. Insulinpumpe, Ernährungspumpe, PEG, bes. Verbandsmaterial,...)	

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Angaben und verpflichte mich Änderungen nach Absenden des Gesundheitsfragebogens bis zum Törnbeginn am 17.09.2017 den Organisatoren mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer bzw. Erziehungsberechtigter

(Bitte gegebenenfalls auf der Rückseite weiterschreiben)

Abenteuer Rückenwind
Maria und Katharina Gries
abenteuer.rueckenwind@thor-heyerdahl.de
0431 88917907
rueckenwind.thor-heyerdahl.de



Einverständniserklärung Veröffentlichung

von Bild und Tonmaterial

_____ (Name, Vorname)

_____ (Straße)

_____ (PLZ, Ort)

_____ (Geburtsdatum)

Einwilligungserklärung

Im Rahmen des Projektes „Abenteuer Rückenwind“ auf dem Segelschiff „Thor Heyerdahl“ werden zu Dokumentationszwecken Fotos, Texte und eventuell Filmaufnahmen in Bild und Ton von mir/bzw. meinem Kind erstellt. Teile dieses Materials sollen für Werbemaßnahmen bzw. Danksagungen an Unterstützer verwendet werden.

Hiermit erkläre ich zeitlich und räumlich unbefristet meine Einwilligung, dass das von mir/bzw. meinem Kind in Bild und Ton aufgenommene Material im Ganzen und in Teilen für die oben beschriebenen Zwecke vervielfältigt, verbreitet und öffentlich vorgeführt werden darf.

Ort, Datum

Teilnehmer
bzw. Erziehungsberechtigter

Abenteuer Rückenwind
Maria und Katharina Gries
abenteuer.rueckenwind@thor-heyerdahl.de
0431 88917907
rueckenwind.thor-heyerdahl.de



Vollmacht Übertragung elterlicher Rechte

Wir, _____; erteilen diese Vollmacht
für meine/n
Tochter/Sohn _____
geb. _____ in _____/Deutschland.

1. Dauer der Übertragung elterlicher Rechte

Diese Vollmacht ist im Rahmen des Projektes „Abenteuer Rückenwind“ vom **17.09.2017 bis 21.09.2017** gültig.

2. Bevollmächtigte

Wir benennen die medizinische Leitung des Projekts und deren Stellvertreter als Bevollmächtigte.

3. Befugnis der Bevollmächtigten

Wir übertragen auf unsere Bevollmächtigten alle unsere elterlichen Rechte im Bezug auf die Betreuung und die Beaufsichtigung unseres Kindes, einschließlich der – aber nicht begrenzt auf die folgenden Rechte:

- (1) Erteilung elterlicher Zustimmung zu medizinischen Behandlungen, Diagnosen, zahnärztlichen und operativen Eingriffen, sowie zu ärztlichen Behandlungen jeglicher anderen Art.
- (2) Erteilung elterlicher Zustimmung zur Einweisung in ein Krankenhaus oder Klinikum.
- (3) Erteilung elterlicher Zustimmung zur Einnahme von Medikamenten zur medikamentösen Behandlung von Krankheiten, zum Einsatz von therapeutischen Gerätschaften und anderen medizinischen Mitteln und Geräten, die auf die Gesunderhaltung unseres Kindes bezogen sind.

4. Genehmigung von Handlungen / Ratifizierung von Handlungen

Jede rechtliche Handlung, die von unseren Bevollmächtigten in dem hier dargelegten Sinne ausgeführt wird, ist für uns, unseren Erben, sowie unseren gesetzlichen und persönlichen Vertreter bindend und gilt als rechtmäßig genehmigt, unabhängig davon, ob sie vor oder nach Eintritt unseres Todes oder anderen Ereignissen, die zur Aufhebung dieser Vollmacht führen, ausgeführt wurde, solange nicht und solange bis eine verlässliche Nachricht oder der Widerruf dieser Vollmacht unser Bevollmächtigten erreicht hat.

5. Invalidität oder Entmündigung

Der Geltungsbereich dieser Vollmacht wird auch durch Eintritt von Invalidität oder Entmündigung auf Seiten der ausstellenden Personen nicht beeinträchtigt sofern dies gesetzlich nicht anders vorgesehen ist.

Vervielfältigungen dieses Originaldokuments (mit kopierten Unterschriften) werden als Zweitschriften anerkannt.

Wir haben diese Vollmacht am _____ (Datum) unterzeichnet.

Name und Unterschrift mindestens eines sorgeberechtigten Elternteils:

(Name in Blockbuchstaben)

(Unterschrift)

Abenteuer Rückenwind
Maria und Katharina Gries
abenteuer.rueckenwind@thor-heyerdahl.de
0431 88917907
rueckenwind.thor-heyerdahl.de