



## Wintercamp

### zur Vorbereitung auf die Landesmeisterschaft Latein

**Wann?** Vom 10. bis 12. Januar 2025

**Wo?** Landessportschule Osterburg

Arendseer Str. 4

39606 Hansestadt Osterburg

#### **An- und Abreise:**

Eigenanreise und Eigenabreise. Bitte bildet Fahrgemeinschaften!

#### **Anreise:**

10. Januar 2025 zwischen 16.00 Uhr und 17.00 Uhr

#### **Abreise:**

12. Januar 2025 ab ca. 13.00 Uhr

#### **Kosten:**

154 Euro pro Kind einschl. Vollverpflegung.

**Zahlbar** in bar oder per PayPal an [sfalkenberg01@gmail.com](mailto:sfalkenberg01@gmail.com)

**bis zum 15.11.2024**

#### **Was müsst ihr mitbringen?**

- Trainingskleidung, Tanzschuhe (mit Absatzschonern!) und Turnschuhe
- Wasserflasche
- Handtücher und Hausschuhe/-latschen
- Badesachen
- Krankenversicherungskarte und den Impfausweis (Kopie genügt)

Für Rückfragen wendet euch an Susanne Falkenberg, Tel. 0172 3966727 oder [sfalkenberg01@gmail.com](mailto:sfalkenberg01@gmail.com)

Abgabe der Anmeldung (auch per WhatsApp oder E-Mail möglich) bis zum 15.11.2024.

**Zeitraum:** Vom 10. bis 12. Januar 2025

**Ort:** Landessportschule Osterburg

Arendseer Str. 4

39606 Hansestadt Osterburg

**Angaben zum Teilnehmer / zur Teilnehmerin:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_ weiblich \_\_\_ männlich

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Sonstiges: (Essensbesonderheiten (vegetarisch o. ä.), Medikamente, Allergien, Erkrankungen, sonstige Besonderheiten)

---

---

**Angaben zum Erziehungsberechtigten:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_ weiblich \_\_\_ männlich

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

(mit ständiger Erreichbarkeit!)

**Teilnahmegebühr:**

154 Euro

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ich bezahle die Teilnahmegebühr bar bis zum 15.11.2024
- Ich bezahle die Teilnahmegebühr per PayPal bis zum 15.11.2024 auf das PayPal-Konto sfalkenberg01@gmail.com

**Für das Schwimmen im Schwimmbad:** Mein Kind kann schwimmen (mindestens Seepferdchen) und darf mit ins Schwimmbad

Ja

Nein

**Für einen möglichen Krankheitsfall erklären wir vorsorglich:**

Unser Sohn / unsere Tochter ist bei folgender Krankenkasse bzw. privat versichert:

---

Wir verpflichten uns zur Übernahme und Zahlung entstehender Kosten: ja / nein

Name, Anschrift und Telefon unseres Hausarztes:

---

Unser Kind ist geimpft

a) gegen Tetanus am: \_\_\_\_\_

b) in letzter Zeit gegen: \_\_\_\_\_

Wir sind damit einverstanden, dass erforderlichenfalls notwendige ärztlicher Behandlungen durchgeführt werden.

ja / nein

Bei krankheitsbedingter oder sonstiger Absage wird eine Entschädigung fällig: 19 bis 8 Tage vor Anreisetag 75 %, 7 bis 0 Tage vor Anreisetag 100 %.

Wir verpflichten uns, unserem Kind keine Arzneimittel, Drogen und Waffen bzw. waffenähnliche Gegenstände mitzugeben. Uns ist bekannt, dass für mitgenommene Wertsachen sowie Bargeld keine Haftung übernommen wird.

Uns ist bekannt, dass den Teilnehmern der Genuss alkoholischer Getränke und Drogen sowie das eigenmächtige Entfernen von der Gruppe untersagt ist. Wir verpflichten uns, unser Kind nach Hause zu holen, wenn sein Verhalten der Gemeinschaft schwer schadet.

Durch unsere Unterschrift erklären wir uns einverstanden, dass die Begleitpersonen Aufsichtspflichten wahrnehmen, erforderliche Entscheidungen treffen und schadenabwendende Maßnahmen einleiten dürfen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Erziehungsberechtigte