



## Grundkurs Sicherheitstechnik im Waldseilgarten Trier

Hiermit melde ich mich verbindlich zum *Grundkurs Sicherheitstechnik* im Waldseilgarten Trier am 03. und 04. März 2012 an.

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon Festnetz

\_\_\_\_\_  
Telefon mobil

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Einrichtung / Organisation / Verein

Den Teilnahmebeitrag von 120,- Euro bzw. 100,-\* Euro überweise ich bis zum 20. Februar 2011 auf das Konto des Palais e.V., BLZ 585 501 30, Kto.-Nr.: 920330 bei der Sparkasse Trier.

\* Ermäßigung als SchülerIn, StudentIn, Zivi, LeistungsempfängerIn gemäß SGB II (bitte Nachweis beifügen)

Die Geschäftsbedingungen zu den erlebnispädagogischen Bildungsangeboten des Palais e.V. (unter [www.hochseilgarten-trier.de](http://www.hochseilgarten-trier.de)) habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit ihnen einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

# VORBEREITUNGS-FRAGEBOGEN

## Grundkurs Sicherungstechnik im Waldseilgarten Trier

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

Die im folgenden Fragebogen gemachten Angaben dienen der Vorbereitung der Veranstaltung und der Sicherheit der Teilnehmenden. Die Angaben werden ausschließlich im Kontext der Ausbildung genutzt und vertraulich behandelt.

1. In welchem Berufsfeld sind Sie tätig?

\_\_\_\_\_

2. In welchem Kontext möchten Sie die Ausbildung nutzen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Haben Sie bereits Erfahrungen mit erlebnispädagogischen Aktivitäten? Welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Bestehen besondere Beeinträchtigungen?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Psychische Störungen   | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen                 | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Probleme |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen   | <input type="checkbox"/> Anfallserscheinungen               | <input type="checkbox"/> Allergien               |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten  | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit                    | <input type="checkbox"/> Migräne                 |
| <input type="checkbox"/> Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates  | <input type="checkbox"/> Beeinträchtigungen der Wahrnehmung |  |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten, bei denen eine regelmäßige Medikamenteneinnahme notwendig ist?                |   |  |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie in den letzten 6 Monaten Infektionskrankheiten, Unfälle oder Operationen gehabt? |   |  |

Sollten eine oder mehrere dieser Beeinträchtigungen vorliegen, führe diese bitte näher aus:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Sollte es auf Grund fehlender oder falscher Angaben zu einer Gesundheitsgefährdung kommen, werden der Palais e.V. und seine Mitarbeitenden von einer möglichen Haftung freigestellt.