

Vertrag über die Teilnahme an den Aktivitäten des WE Life Zentrums Gartow

Vertragspartner: WE Life gGmbH
Postanschrift: 29471 Gartow, Am Schützenplatz 17

(Formular bitte sorgfältig ausfüllen, leserlich schreiben und Zutreffendes in den entsprechenden Kästchen ankreuzen.)

1. ANGABEN ZUR LEISTUNG

(Wenn zutreffend, bitte unbedingt ankreuzen!)

<input type="checkbox"/> Teilnahme an den <u>regulären Pfadfindertreffen</u> .	8 EUR / Monat	
<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft in der CPA Pfadfindergruppe „Wendland Kraniche“. <small>Nur in Verbindung mit Teilnahme an regulären Pfadfindertreffen möglich.</small>	0 EUR / Monat	

2. ANGABEN ZUM TEILNEHMENDEN BZW. MITGLIED DER PFADFINDERGRUPPE

Nachname		Vorname		Geburtstag
Straße und Hausnummer			Postleitzahl und Wohnort	
Haustelefon	Mobiltelefon (Teilnehmer/in bzw. Kind)		Mobiltelefon (Sorgeberechtigte/r bei Minderjährigen)	

Ich bin damit einverstanden, dass ich als Teilnehmer/in bzw. Mitglied zu Informationszwecken in Messenger-Gruppen aufgenommen werde. (Bei Minderjährigen stimme ich als Sorgeberechtigte/r zur Aufnahme meines Kindes in diese Messenger-Gruppen zu.)
(wenn zutreffend, bitte ankreuzen)

WhatsApp
 Signal

Ich bin damit einverstanden, dass ich als Sorgeberechtigte/r zu Informationszwecken in Messenger-Gruppen aufgenommen werde.
(wenn zutreffend, bitte ankreuzen)

WhatsApp
 Signal

E-Mail (Teilnehmer/in bzw. Sorgeberechtigte/r bei Minderjährigen)	Staatsangehörigkeit (Teilnehmer/in)
---	-------------------------------------

3. ZUSÄTZLICHE ANGABEN FÜR MINDERJÄHRIGE TEILNEHMENDE BZW. MITGLIEDER

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Name der Krankenversicherung		Krankenversicherungsnummer	
Sonstiges bei der Betreuung zu beachten:			
<input type="checkbox"/> Diabetes:	<input type="checkbox"/> Asthma:	<input type="checkbox"/> Allergien:	<input type="checkbox"/> Lebensmittelunverträglichkeiten: Welche:
Bitte ankreuzen <u>ODER</u> Impfausweis kopieren. Aktuell geimpft gegen:			
<input type="checkbox"/> Tetanus: Wann? _____	<input type="checkbox"/> Diphtherie: Wann? _____	<input type="checkbox"/> FSME: Wann? _____	
<input type="checkbox"/> Besondere Bedürfnisse, die für einen guten Umgang wichtig sind, z. B. körperliche Einschränkungen, Hyperaktivität:			
Krankheiten / Medikamente: Zutreffendes bitte ankreuzen.			
<input type="checkbox"/> Chronische Krankheiten. Welche:	<input type="checkbox"/> Ich habe / Mein Kind hat keine ansteckenden Krankheiten.	<input type="checkbox"/> Medikamente. Wenn ja, welche:	

Name und Telefon des Haus- und / oder Facharztes:

Essgewohnheiten (bei uns wird grundsätzlich kein Schweinefleisch angeboten)

Vegetarisch:

Vegan:

Sonstiges:

Welche: _____

Schwimmkenntnisse zum Zeitpunkt der Anmeldung:

Mein Kind kann schwimmen.

Mein Kind kann ein wenig schwimmen.

Mein Kind hat / Ich habe folgendes Schwimmabzeichen:

Welches: _____

Sonstiges:

Wir erlauben dem Betreuenden BEI BEDARF unserem Kind Zecken zu entfernen, auf Insektenstiche Heilkräuterbrei oder Fenistil-Gel auftragen zu lassen, auf kleinere Verletzungen Betaisodona Salbe oder Wund- / Brandsalbe zu geben und Mückenspray und Sonnencreme zur Verfügung zu stellen.
(Unzutreffendes bitte durchstreichen.)

4. ANGABEN ZU DEN SORGEBERECHTIGTEN VON MINDERJÄHRIGEN

A: Sorgeberechtigte/r

Nachname:		Vorname:	
Straße und Hausnummer:		Postleitzahl und Wohnort:	
Haustelefon:	Mobiltelefon:	E-Mail:	

B: Sorgeberechtigte/r

Nachname:		Vorname:	
Straße und Hausnummer:		Postleitzahl und Wohnort:	
Haustelefon:	Mobiltelefon:	E-Mail:	
Ständige Erreichbarkeit in Notfällen:			

Die **Sorgeberechtigten** bevollmächtigen sich gegenseitig gegenüber der WE Life gGmbH bzw. deren Beauftragte verbindliche Auskünfte abzugeben.

5. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Das Selbstverständnis der WE Life gGmbH habe ich unter <https://www.we-life.de/über-uns/> zur Kenntnis genommen. Die dazu gehörigen Regeln in den Allgemeinen Teilnahmebedingungen sind für alle Teilnehmenden und Sorgeberechtigten bindend.

Im Falle einer zusätzlichen Mitgliedschaft in der CPA Pfadfindergruppe der Wendland Kraniche habe ich auch die Regeln der Christlichen Pfadfinderinnen und Pfadfinder der Adventjugend (CPA) zur Kenntnis genommen. Sie sind für alle Pfadfinder/innen und Sorgeberechtigten bindend.

Den Anordnungen der Verantwortlichen der Freizeit- und Bildungsmaßnahmen werde ich bzw. wird mein Kind folgen. Eine Haftung bei Nichtbefolgung und bei selbständigen, nicht von den Verantwortlichen angesetzten Unternehmungen, übernehme in voller Höhe ich selbst bzw. meine Sorgeberechtigten.

Für mir gehörende, abhanden gekommene oder verlorene Gegenstände hafte ebenfalls ich selbst bzw. meine Sorgeberechtigten.

Ich kann auf eigene Kosten von der Teilnahme an Veranstaltungen ausgeschlossen werden, wenn mein Verhalten die Veranstaltung gefährdet oder undurchführbar macht, oder ich mich hierdurch selbst gefährde.

Die Aufsichtspflicht für mich übernehmen die Verantwortlichen für Minderjährige

- ➔ erst ab Beginn einer Veranstaltung
- ➔ und nur bis zur Übergabe an die Sorgeberechtigten oder aus objektiver Sicht berechtigte Personen
- ➔ oder nur bis zur selbständigen Abreise bei bereits erfolgter selbständiger Anreise (z.B. mit dem Fahrrad oder zu Fuß). Letzteres gilt auch, wenn Sorgeberechtigte das Kind gebracht und den Verantwortlichen die selbständige Abreise im Vorfeld kundgetan haben.

Mein Kind darf in Bezug auf Freizeit-/Bildungsmaßnahmen selbständig an- und abreisen (zu Fuß, mit Fahrrad, Motorroller ...).

Mein Kind darf von folgenden Vertrauenspersonen in dessen Auto, zu Fuß oder mit dem Fahrrad am Ende der Veranstaltung mitgenommen werden. Bitte Vertrauenspersonen hier nennen:

Der Mitfahrt meines Kindes in Privatfahrzeugen (ggf. mit Kindersitz o.ä.) zum Transport durch eine Betreuungskraft oder dazu bestimmten Personen (z.B. zum Zwecke eines Ausfluges innerhalb einer Veranstaltung) stimme ich zu. Darüber hinaus gilt der Punkt unter 1. „Vertrauenspersonen“.

Mir ist bekannt, dass während der Freizeit- und Bildungsmaßnahmen meinem Kind festgelegte Zeit für selbständige Unternehmungen eingeräumt wird, die es ohne Aufsicht in einem angewiesenen angemessenen Rahmen gestalten dürfen (Stadtbummel, Freizeit im Objekt, etc.).

Ich bin damit einverstanden, dass obige Daten für interne Zwecke elektronisch gespeichert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass bei notwendiger ärztlicher Behandlung während einer Freizeit- und Bildungsmaßnahme der Arzt, der mein Kind behandelt, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Gesamtverantwortlichen, oder der von ihm beauftragten Person, entbunden wird.

Fernerhin bin ich damit einverstanden, dass mein Kind, in Absprache mit den Eltern, aus dem Krankenhaus in die Obhut des Gesamtverantwortlichen, oder der vom ihm beauftragten Person, übergeben werden darf.

Ich bin mit der Verwendung von Bild-, Video und/oder Tonaufnahmen zu Dokumentations-, Informations- und Werbezwecken einverstanden, die während der Maßnahme durch den Veranstalter entstehen, auf denen ich/mein Kind zu sehen/hören ist. Sollte ein berechtigtes Interesse daran bestehen, dass Bilder nicht veröffentlicht werden, muss dies schriftlich vor Beginn der Maßnahme dem Veranstalter mitgeteilt werden.

6. ÄNDERUNG VON DATEN DES TEILNEHMENDEN

Änderung von Namen, Anschrift, Bankverbindung sowie Änderung der Sorgeberechtigten sind der Pfadfinderleitung in schriftlicher Form mitzuteilen.

7. BEENDIGUNG DES VERTRAGES

Die Beendigung erfolgt durch schriftliche Erklärung des Teilnehmenden oder des / der Sorgeberechtigten gegenüber der WE Life gGmbH oder durch Ausschluss aus der Pfadfindergruppe. (Über den Ausschluss aus einer CPA Pfadfindergruppe entscheidet auf Antrag der Gruppenleitung die Gruppenversammlung.)

Die Beitragspflicht endet regulär mit Ablauf des Quartals nach Zugang der schriftlichen Erklärung.

8. ZAHLUNG DER LEISTUNGEN

Ich zahle einen regulären Teilnahmebeitrag in Höhe von: _____ **EUR / Monat.** (Summe der o.g. Leistungen)

Ich zahle freiwillig einen höheren Beitrag zur Förderung des WE Life Zentrums von: _____ **EUR / Monat.**

Ich zahle nach Absprache folgenden verminderten Beitrag von: _____ **EUR / Monat.**

Ich bin von der Beitragszahlung nach Absprache befreit.

Zahlungsmöglichkeiten

Ich richte einen DAUERAUFTRAG für die Zahlungen ein.

Die Beiträge gehen auf das Bankkonto der WE Life gGmbH.

Ich zahle per Rechnung. (Ich benötige sie für das Amt, die Wohngruppe

o.ä.)

Kontoinhaber: WE Life gGmbH
 Institut: Sparkasse Uelzen Lüchow-Dannenberg
 IBAN: DE26 2585 0110 0230 7033 32
 BIC: NOLADE21UEL
 Verwendungszweck: Leistungen WE Life Zentrum + Name des Teilnehmenden

Ich zahle monatlich im Voraus
 zum 6. des Monats.

Ich zahle vierteljährlich im Voraus
 zum 6. Januar / 6. April / 6. Juli / 6. Oktober.

Ich zahle jährlich im Voraus zum 6. Januar.

Sollte ich mich / mein Kind in der Mitte des Monats / Vierteljahres / Jahres anmelden, tätige ich eine Einmalzahlung für den Zeitraum bis zum nächsten Fälligkeitszeitraum (z.B. vierteljährlich zum 1. April / 1. Juli / ...)

Ich wäre für die Zukunft daran interessiert, dass die WE Life gGmbH widerruflich fällige Beiträge über LASTSCHRIFT von meinem Konto einzieht.

 Ort, Datum, Unterschrift des Teilnehmenden (und bei Minderjährigen auch aller Sorgeberechtigten)