

FP2025 „(Filmprojekt Zeitsprünge)“

ORIGINAL
(für Domino)

An DOMINO JUGENDPROJEKTE e.V.

VERBINDLICHE ANMELDUNG / EINVERSTÄNDISERKLÄRUNG

Ich/wir habe(n) das Infoblatt genau gelesen und bin/sind mit den dort beschriebenen Bedingungen einverstanden, dass unser Sohn / unsere Tochter an der Unternehmung des Vereines DOMINO JUGENDPROJEKTE e.V. nach Wilhelmshaven teilnimmt. Wir erteilen hiermit die verbindliche Anmeldung für die Unternehmung **FP2025 (30.10.-02.11.2025)**.

Kosten

<input type="checkbox"/> Wohnort im Lkr Stade = 77,00	und	<input type="checkbox"/> Mitglied = 67,00
<input type="checkbox"/> Wohnort außerhalb Lkr Stade = 115,00	und	<input type="checkbox"/> Mitglied = 105,00

Erläuterung: Die zum Teil deutlich höheren Preise außerhalb des Landkreises Stade entstehen ausschließlich durch das Fehlen öffentlicher Zuschüsse.

Den Teilnahmebeitrag überweisen wir innerhalb einer Woche auf folgendes Konto:
• Kontoinhaber: DOMINO JUGENDPROJEKTE e.V.
• IBAN: DE65 2075 0000 0090 3026 21 Sparkasse Harburg-Buxtehude
• Verwendungszweck: HHSt. E12 / FP2025 und Name des Teilnehmers / der Teilnehmerin

Wir wissen, dass nach erfolgter verbindlicher Anmeldung kein Anspruch auf Rückerstattung oder Nichtzahlung des Teilnahmebetrages besteht, da die tatsächlichen Kosten die Teilnahmegebühr übersteigen und diese Fahrt aus Vereinsmitteln und öffentlichen Mitteln bezuschusst wird.

Sollte ein Rücktritt erfolgen, so ist dieser schriftlich dem Veranstalter mitzuteilen. Sollte dieser **Rücktritt bis zum 01.09.2025** bei Domino eingegangen sein, so verzichtet der Veranstalter auf die Zahlung des Teilnahmebeitrages, sofern der freiwerdende Platz noch belegt werden kann. Es wird jedoch eine Bearbeitungsgebühr von 10,00 Euro erhoben, bzw. die Anzahlung wird einbehalten. Sollte der **Rücktritt nach dem 01.09.2025** erfolgen, so ist in jedem Falle eine volle Übernahme der DOMINO entstehenden Kosten verpflichtend. **Diese können deutlich oberhalb des Teilnahme-Betrages liegen, da für freibleibende Plätze keine Zuschüsse gezahlt werden.**

Ich / wir melde(n) an: *(bitte deutlich schreiben)*

Vorname / Nachname :
(Teilnehmer/in)

Geburtsdatum : **Telefon Festnetz:**

Mobil Sorgeberechtigte/r:..... **Mobil Teilnehmer/in:**
(falls vorhanden)

Anschrift :

Email-Adresse Sorgeberechtigte: **Email-Adresse Teilnehmer/in:**

Hausarzt :

Kranken- / Unfallversichert bei :

Besuchte Schule: **Staatsangehörigkeit:**

<input type="checkbox"/>	Soweit uns bekannt, ist unser Kind frei von ansteckenden Krankheiten.
<input type="checkbox"/>	Unser Kind ist wirksam gegen Tetanus (Wundstarrkrampf) geimpft.
<input type="checkbox"/>	Wir sind damit einverstanden, dass im Bedarfsfalle von den Betreuungskräften alle ärztlichen Behandlungen und Eingriffe veranlasst werden, die auf Grund einer ärztlichen Diagnose erforderlich erscheinen.
<input type="checkbox"/>	Wir haben nichts dagegen, dass unser Kind in nach Geschlechtern nicht getrenntem Zelt, Raum oder KFZ übernachtet, sofern es selbst das wünscht oder situationsbedingt gerade keine andere Möglichkeit besteht.

