

Anmeldung Bade- und Wellnessferien 2010

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Tel.-Nr. P: _____ Geb.-Datum: _____
Tel.-Nr. G/Natel: _____ Krankenkasse: _____
E-Mail: _____ IV-Nummer: _____
Nationalität: _____ Körpergewicht: _____

Sprache: deutsch französisch italienisch

Eltern/Vertreter/in: _____
Telefon/Natel: _____
Institution: _____ Bezugsperson: _____
Telefon: _____

Ich bin Mitglied der Regionalgruppe: _____

Ich melde mich für folgende Ferien an (bitte ankreuzen):

Badeferien Rhodos <input type="radio"/> 12.06.2010 – 26.06.2010 Anmeldeschluss: 05. März 2010	Badeferien Mallorca I <input type="radio"/> 12.06.2010 – 26.06.2010 Anmeldeschluss: 05. März 2010
Badeferien Mallorca II <input type="radio"/> 04.09.2010 – 18.09.2010 Anmeldeschluss: 02. April 2010	Wellnessferien Tirol <input type="radio"/> 03.10.2010 – 17.10.2010 Anmeldeschluss: 02. April 2010

Sollte Ihnen mehr als ein Datum bzw. eine Destination passen, bitten wir Sie, Ihre Priorität durch eine Zahl anzugeben (1., 2. etc.).

Wichtig:

Hin- und Rückreise zum Flughafen (Abflughalle) ist Sache der Teilnehmer/innen (keine Begleitung durch die Vereinigung Cerebral Schweiz). Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass die Abflüge/Ankünfte zu Randzeiten stattfinden können.

Fragen zur Behinderung und zum Assistenzbedarf

Bitte beantworten Sie diese Fragen gewissenhaft und vollständig. Diese Angaben sind für Ihre Assistenz von grösster Wichtigkeit. Die Angaben werden vertraulich behandelt (Weitergabe nur an Reiseleitung und Assistent/in, um eine optimale Betreuung garantieren zu können).

Ich habe cerebrale Bewegungsstörungen: ja
 nein, ich habe eine andere Behinderung: _____

Ich habe Schwierigkeiten beim Sprechen: nein ja
 ich kommuniziere mit Hilfe von _____

Bitte wenden

Ich gehe problemlos mit Hilfe von _____
 Ich benötige einen Rollstuhl teilweise immer
 Ich kann auf einen normalen Car-Sitz umsitzen ja nein
 Ich kann stehen alleine eine Weile alleine nur mit Hilfe
 nein, gar nicht
 Ich kann schwimmen ja, selbstständig und ohne Hilfsmittel nein
 nur mit Hilfsmitteln
 Ich brauche Assistenz beim An-/Ausziehen beim Essen
 bei der Körperpflege in der Nacht
 beim Toilettengang bei der Einteilung vom
 Taschengeld
 Ich bin inkontinent nein benötige Einlagen nur nachts
 Ich habe Epilepsie nein ja
 Ich benötige Medikamente nein
 ja, welche? _____

Ich nehme die Medikamente selbstständig ein.
 Ich möchte, dass mich jemand kontrolliert oder erinnert.

Ich habe folgende Krankheiten/Beschwerden: Asthma Diabetes
 Sonnenallergie andere Allergien: _____
 Herzprobleme Nierenkrankheiten
 andere: _____

Ich habe/hatte psychische Schwierigkeiten* nein
 ja, welche und wann? _____

* Um eine optimale Betreuung zu garantieren, ist diese Information sehr wichtig.

Es hilft mir, mich wohl zu fühlen, wenn _____

Besonders wichtig bei der Assistenz:

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos von mir eventuell für Drucksachen und Internet
 verwendet werden: ja nein

Mit dieser Anmeldung bestätige ich, von den „**Wichtigen Informationen**“ in der Ferienbroschüre
 der Vereinigung Cerebral Schweiz Kenntnis zu haben und verpflichte mich, an den **Aktivitäten
 der Gruppe** teilzunehmen.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Grundversicherung meiner Krankenkasse im Ausland
 nur das Minimum abdeckt, und entscheide selbst, ob ich eine Ferien-Zusatzversicherung
 abschliesse. Mit meiner **Unterschrift und/oder der meines/r gesetzlichen Vertreters/in** bestätige
 ich, alle Angaben vollständig, genau und wahrheitsgetreu gemacht zu haben und erkläre mich mit
 den allgemeinen Vertrags- und Reisebedingungen einverstanden. Für Folgen falscher oder
 unvollständiger Angaben übernimmt die Vereinigung Cerebral Schweiz keine Verantwortung.

Datum: _____ Unterschrift Feriengast: _____

Datum: _____ Unterschrift Vertreter/in: _____

Bitte Anmeldung vollständig ausgefüllt senden an:
 Vereinigung Cerebral Schweiz
 Zuchwilerstr. 43, Postfach 810, 4501 Solothurn oder per Fax an 032 623 72 76