
**Anmeldung zur Bildungsfreizeit
mit dem Schwerpunkt: „Freizeit selbstbestimmt gestalten“
vom Montag, 24.08 – Sonntag, 30.08.2026 in Bad Sobernheim**

Anmeldung: Person mit Behinderung

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsort: _____

geboren am: _____

Adresse: _____

Telefon / Fax / Handy: _____

E-Mail: _____

Art der Beeinträchtigung/ Diagnose: _____

Symptome: _____

Haben Sie einen Pflegegrad?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn Ja, welchen: _____

Benötigen Sie während der oben genannten Veranstaltung ärztlich verordnete
Leistungen eines Pflegedienstes?

Nein ☐

Wenn Ja, ☐ welche:

Benötigen Sie Hilfe: (z.B. beim Waschen, Mahlzeiten einnehmen, Räume finden):

Welches sind Ihre bevorzugten Freizeitbeschäftigungen?

Können Sie an Spaziergängen und Ausflügen mit leichten körperlichen Anstrengungen teilnehmen? (bitte ankreuzen)

Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie Schwierigkeiten an Gruppenaktivitäten teilzunehmen?

Nein ☐ Ja ☐

Wenn Ja, inwiefern:

Zusätzliche Hinweise, die die Betreuer*innen beachten und wissen sollten, z. B. Angaben zu Ernährung (**Diät, Vegetarier, Unverträglichkeiten etc.**) Erwartungen, Wünsche:

Liegt dieser Anmeldung bei:

Ärztliches Attest

Person mit Förderbedarf

- ☐ Ja
- ☐ Nein, wird aber später nachgereicht
- ☐ Nein, weil keine chronischen Krankheiten/ Einschränkungen vorhanden sind

Begleitperson/en

- ☐ Ja
- ☐ Nein,
- ☐ Nein,

Medikamentenplan

- ☐ Ja
- ☐ Nein, wird aber später nachgereicht
- ☐ Nein, weil keine Medikamente angenommen werden

- ☐ Ja
- ☐ Nein,
- ☐ Nein,

Anmeldung: Angehörige*r

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsort: _____

Geboren am: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail-Adresse: _____

Familienstand: _____

Beruf: _____

In unserer Familie ist (Name) _____ Gemeindemitglied in
der Jüd. Gemeinde _____ seit _____

Ich bitte alle zukünftigen Informationen über Aktivitäten des Projektes GESHER mir

☐ an diese E-Mail-Adresse _____
zukommen lassen.

☐ postalisch an meine private Adresse zukommen lassen. Ich habe keine
Möglichkeit, diese digital zu erhalten.

☐ **Ich stimme zu**, dass ich im Falle eines Krankenhausaufenthalts nach der
Entlassung (sollte es auf eigene Verantwortung und gegen den ärztlichen Willen sein)
nach Hause zurückfahren werde.

Ich bin einverstanden, dass:

die Fotos mit meinem / unserem Abbild veröffentlicht werden:

Ja ☐ nach Absprache ☐ Nein ☐

☐ Hiermit stimme ich zu, dass die von mir angegebenen Daten zur Bearbeitung
meiner Anmeldung zur dieser ZWST-Bildungsfreizeit in Bad Sobernheim gespeichert
werden dürfen.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft per E-Mail an
zentrale@zwst.org widerrufen. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie
auf unserer Homepage unter: <https://zwst.org/de/datenschutz/>.

Ausstellungsort und Datum: _____

Unterschrift _____

Перевод бланка регистрации на участие

**Заявление на участие в активном отдыхе
с понедельника, 24 августа по воскресенье, 30-е августа 2026 г.
в Бад Зобернхайме**

Тема: «Самостоятельное планирование личного досуга»

Заявление: (данные лица с ограниченными возможностями)

Имя, фамилия:

Дата и место рождения:

Актуальный почтовый адрес:

Телефон _____ / моб.телефон:_____

Электронный адрес:_____

Вид расстройства/диагноз:

Симптомы:

Степень нуждаемости в уходе (Pflegegrad)_____

Нуждаетесь ли Вы в услугах фирмы по уходу (Pflegedienst) во время проведения мероприятия? Нет ☐

если Да ☐ в каком объеме? ? (В этом случае необходимо получить направление от врача на получение этих услуг на период отдыха –(**ärztliche Verordnung**)):

Помощь, в которой Вы нуждаетесь в повседневной жизни: (напр. при умывании, приеме пищи, ориентации в помещениях):

Чем Вы предпочитаете заниматься во время досуга?

Можете ли Вы принимать участие в прогулках и экскурсиях с легкими физическими нагрузками? (просьба отметить)

Да ☐ Нет ☐

Могут ли у Вас возникнуть трудности во время участия в групповых мероприятиях? (просьба отметить)

Да ☐ Нет ☐

Дополнительные сведения, которые должны знать и принять во внимание организаторы мероприятия (напр.: **диета**, особенности в приеме пищи), ожидания, пожелания:

Прилагаются к этому заявлению следующие документы?

Справка от врача / Ärztliches Attest

для лица с огранич. возможностями

для каждого сопровождающего

- | | |
|---|-------------------------------|
| ☐ Да | ☐ Да |
| ☐ Нет, | ☐ Нет, |
| но будет представлен позднее | |
| ☐ Нет, | ☐ Нет, |
| потому что у меня нет хронических заболеваний/ограничений | |

План приема медикаментов / Medikamentenplan

- | | |
|---|-------------------------------|
| ☐ Да | ☐ Да |
| ☐ Нет, | ☐ Нет, |
| но будет представлен позднее | |
| ☐ Нет, | ☐ Нет, |
| т.к. я не принимаю никаких медикаментов | |

Заявление: (данные родственника или сопровождающего лица)

Имя, фамилия:

Дата и место рождения:

Степень родства по отношению к заявителю:

Актуальный почтовый адрес:

Телефон/моб.телефон:

Электронный адрес:

В нашей семье является членом еврейской общины (города, федеральной земли)

_____ фамилия, имя _____

(год вступления в общину) _____

Присвоена ли Вам степень необходимости в уходе: Нет ☐

Если Да ☐, Pflegegrad _____

Нуждаетесь ли Вы во время мероприятия в услугах фирмы по уходу (Pflegedienst)?

если Да ☐ в каком объеме? (В этом случае необходимо получить направление от врача на получение этих услуг на период отдыха - **ärztliche Verordnung**).

Прошу присылать мне всю последующую информацию о деятельности проекта

☐ на этот адрес электронной почты _____

☐ по почте на мой личный адрес. У меня нет возможности получать информацию в электронном виде.

☐ Я согласен с тем, что в случае моей госпитализации и последующей выписки из медицинского учреждения (по моему настоянию, вопреки предписанию врача) я вернусь к месту моего проживания.

☐ Я согласен с тем, что предоставленные мной данные могут быть обработаны и сохранены в базе данных для возможных контактов.

☐ Я согласен с тем, что сделанные фото-, видео- и/или звуковые материалы с моим участием могут быть использованы/опубликованы во всех видах публикаций (включая социальные сети) в связи с вышеупомянутым мероприятием. Я не буду предъявлять какие-либо претензии к ZWST e.V. в отношении типа и формы использования перечисленных выше материалов третьими лицами (например, загрузка записей и их использование).

Свое согласие Вы можете отозвать в любое время по этому электронному адресу: zentrale@zwst.org

Декларация о защите данных размещена на нашей странице в интернете:
<https://zwst.org/de/datenschutz/>

Место и дата заполнения заявления

Подпись