



Ausbildung zum / zur
Betreuer/in traditioneller Hochseilgarten

Orientiert an den Standards der European Ropes Course Association (ERCA)

ANMELDUNG

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Ausbildung „Betreuer/in traditioneller Hochseilgarten“ im Waldseilgarten Trier, Block I und II (sechs Tage) an.

Block 1: 21. - 23. März 2025

Block 2: 04. - 06. April 2025

Vorname

Name

Straße

PLZ Ort

Telefon Festnetz

Telefon mobil

E-Mail

Geburtsdatum

Die Ausbildung ist für Personen, die in der Saison 2025 im Waldseilgarten-Team mitarbeiten kostenlos. Alternativ betragen die Ausbildungskosten 500,00€.

Die Geschäftsbedingungen zu den erlebnispädagogischen Bildungsangeboten des Palais e.V. (beiliegend oder unter www.waldseilgarten-trier.de) habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit ihnen einverstanden. Ich verpflichte mich zur (Teil-)Zahlung der Teilnahmekosten bzw. der Abgeltung der Kosten durch Mitarbeit im Waldseilgarten Trier entsprechend der gültigen Abgeltungsregelung.

Die für die jeweilige Aus- / Fortbildung notwendigen Voraussetzungen erfülle ich. Die entsprechenden Nachweise lege ich bei. Eine Bescheinigung über einen Erste-Hilfe-Kurs (9 UE) werde ich bis zum Ausbildungsbeginn vorlegen (In Ausnahmefällen kann diese später nachgereicht werden).

Datum, Unterschrift

VORBEREITUNGS-FRAGEBOGEN

Ausbildung zum / zur

Sicherheitstrainer/-in für stationäre Elemente
Hochseilgarten-Trainer/-in für stationäre Elemente

Vor- und Nachname

Die im folgenden Fragebogen gemachten Angaben dienen der Überprüfung der jeweiligen Teilnahmevoraussetzungen, der Vorbereitung der Aus- bzw. Fortbildungen und der Sicherheit der Teilnehmenden. Die Angaben werden ausschließlich im Kontext der angemeldeten Aus- / Fortbildungen genutzt und vertraulich behandelt.

1. In welchen Ausbildungen befindest du dich, welche hast du abgeschlossen?

2. Hast du bereits Erfahrungen in der Leitung von Gruppen? Welche?

3. Hast du bereits Erfahrungen mit Outdoor-Aktivitäten? Welche?

4. Bestehen besondere Beeinträchtigungen bei den Teilnehmenden?

- | | | |
|---|---|--|
| <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.