



# Erlebnisferien in Murten

13. - 20. Juli 2024

## Samstag - Samstag

### Leitung

Martin Meyer und Team

### Unterkunft

Hotel Murtenhof, Murten

### Kosten

Fr. 1'200.-- im Doppelzimmer

Fr. 1'450.-- im Einzelzimmer  
- nur so lange verfügbar -

### Inklusivleistungen:

Reisekosten, Ausflüge, Übernachtung, Frühstück, Mittag- und Abendessen.

### Teilnehmerzahl

Maximal 20 Personen

### Anmeldung

Bis 15. Februar 2024 mit Anmeldebon Nr. 2 auf Seite 23.

Die Erlebnisferien finden im schönen Städtchen Murten statt.

Unser Hotel befindet sich gleich beim Eingang zur Altstadt. Das Hotel liegt direkt neben dem Schloss Murten mit Blick auf den Murtensee.

Wir machen Ausflüge. Zum Beispiel fahren wir mit dem Schiff auf dem Murtensee. Oder wir machen einen Ausflug in den Schmetterlingszoo Papiliorama in Kerzers.

Oder wir unternehmen schöne Spaziergänge am See und in der Altstadt mit «Lädelä».

Oder wir besuchen die «Badi» mit einer tollen Rutschbahn.

Vielleicht wird in dieser Woche auch musiziert und gesungen.

Die Unterkunft ist für Personen im Rollstuhl ungeeignet. Eine Teilnahme ist jedoch für alle, welche den Rollstuhl nur für Ausflüge benötigen, trotzdem möglich.



Ich melde mich für folgende Ferien an:

**Kreativferien**                       **Genussferien**                       **Erlebnisferien**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Einsteigeort: Uster                       Bubikon

Ich habe: Halbtaxabo       Generalabo                       Begleiterkarte

Ich wünsche ein Doppelzimmer                       Ich wünsche ein Einzelzimmer

Ich zahle den ausgeschriebenen Betrag

Ich zahle für die Ferien gerne zusätzlich Fr. \_\_\_\_\_

Ich zahle gerne für die Kreativferien die Vollkosten von Fr. 2'300.--

Ich zahle gerne für die Genuss-Ferien die Vollkosten von Fr. 2'100.--

Ich zahle gerne für die Erlebnisferien die Vollkosten von Fr. 2'100.--

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Teilnehmende/r:

Unterschrift Bezugs- bzw. Betreuungsperson oder gesetzlicher Vertreter:

**Einsenden bis 15. Februar 2024 an:** insieme Zürcher Oberland, 8610 Uster oder per E-Mail an: [info@insiemezo.ch](mailto:info@insiemezo.ch)

Bitte senden Sie uns mit der Anmeldung den "Fragebogen Ferien" zu. Dieser kann auf unserer Homepage [www.insiemezo.ch](http://www.insiemezo.ch) in der Rubrik Freizeit/Ferien und Wochenenden/Erwachsene heruntergeladen werden. Oder rufen Sie uns an.

# Bedingungen

1. Ihre schriftlichen Anmeldungen gelten als definitiv, sofern Sie von uns keine Absage erhalten. Die Anmeldungen werden erst nach Ablauf der Anmeldefrist und nach Eingang der Fragebögen bestätigt.
2. Bei **Abmeldungen** (Annullationen) werden folgende Kosten verrechnet:
  - 59 bis 30 Tage vor Ferienbeginn 50% der Kosten
  - 29 Tage bis Ferienbeginn 100% der Kosten, **keine Rückvergütung****Wir empfehlen dringend eine Annullationsversicherung abzuschliessen.**
3. Von allen Teilnehmenden muss ein Fragebogen ausgefüllt werden. Dieser ist wahrheitsgetreu und von den Bezugs- bzw. Betreuungspersonen oder den gesetzlichen Vertretern auszufüllen. **Der Fragebogen muss mit der Anmeldung an insieme Zürcher Oberland gesandt werden.**
4. Die Anzahl der Teilnehmenden ist beschränkt. Die Anmeldungen werden nach Eingang und Eignung berücksichtigt. Übernachtung grundsätzlich nur in Zimmern mit Doppelbelegung. Einzelzimmer nur so lange verfügbar und mit einem Aufpreis erhältlich.
5. **Versicherung ist Sache der Teilnehmenden:** Annullations-Versicherung, Krankenkasse, Unfall-, Diebstahl- oder Haftpflichtversicherung. Für Schäden lehnt insieme Zürcher Oberland jegliche Haftung ab.
6. Eine Ferienwoche oder ein Wochenende kann mangels Teilnehmenden oder wegen fehlender Kursleitung kurzfristig vor Beginn von insieme Zürcher Oberland abgesagt werden. Bereits erfolgte Zahlungen des Beitrages werden unaufgefordert zurückerstattet.
7. Die Anreise ab den von insieme Zürcher Oberland definierten Treffpunkten ist im Preis inbegriffen. Werden Teilnehmende nach der Rückreise am Ankunftsort nicht abgeholt, werden wir diese mit dem Taxi zu Lasten der Teilnehmenden nach Hause bringen lassen.
8. Die Anmeldungen müssen von einer Bezugs- bzw. Betreuungsperson oder vom gesetzlichen Vertreter und von den Teilnehmenden unterzeichnet werden.

## Fragebogen Ferien und Wochenenden 2024

(bitte alles ausfüllen)

Ich nehme gerne teil an der Ferienwoche / Wochenende: \_\_\_\_\_

weitere: \_\_\_\_\_

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

IV/AHV-Nr. (neu) \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Wohn-Adresse \_\_\_\_\_

Rechnungsadresse

wie Wohnadresse

Bitte die Rechnung senden an: \_\_\_\_\_

Kontaktperson während der Ferien \_\_\_\_\_

Wann erreichbar \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_  allgemein  halbprivat  privat

Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

Die Versicherungen sind Sache der Teilnehmenden:

Ich habe eine Annullationsversicherung abgeschlossen

Starrkrampfimpfung: Datum der letzten Impfung \_\_\_\_\_

Beeinträchtigungsart \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Beeinträchtigungen**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Epilepsie       | <input type="checkbox"/> Hörbeeinträchtigung  | <input type="checkbox"/> Sprachbeeinträchtigung |
| <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden | <input type="checkbox"/> Gehbeeinträchtigung  | <input type="checkbox"/> Kann nicht sprechen    |
| <input type="checkbox"/> Diabetes        | <input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden | <input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigung    |
| <input type="checkbox"/> Asthma          | <input type="checkbox"/> ADHS                 | Art der Sehbeeinträchtigung _____               |
| <input type="checkbox"/> weitere _____   |   |   |

**Hilfsmittel**

- |                                   |                                    |   |                                  |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gehhilfe | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator           | <input type="checkbox"/> weitere |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Brille    | <input type="checkbox"/> Zahnprothese _____ |                                  |

**Besondere Auffälligkeiten**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> davonlaufen            | <input type="checkbox"/> neigt zu Durchfall   | <input type="checkbox"/> einnässen                |
| <input type="checkbox"/> aggressiv              | <input type="checkbox"/> neigt zu Verstopfung | <input type="checkbox"/> Allergie bei Wespenstich |
| <input type="checkbox"/> anfällig auf Erkältung | <input type="checkbox"/> unruhiger Schlaf     | <input type="checkbox"/> Allergie bei Bienenstich |
| <input type="checkbox"/> sonnenempfindlich      | <input type="checkbox"/> schnarchen           | andere _____                                      |

Es gibt folgende Situationen, in denen ich mich oder andere gefährdet:

---

**Das bereitet mir Unbehagen/Angst/Stress**

Luftseilbahn  Höhe  Platzangst  Lift  Lärm  grosse Gruppen  neue Umgebung  
 weitere: \_\_\_\_\_

**Ich brauche Hilfe bei diesen Tätigkeiten**

essen  Zähne putzen  auf dem WC \_\_\_\_\_  
 an- und ausziehen  duschen  rasieren \_\_\_\_\_  
 Schuhe binden  waschen  weitere \_\_\_\_\_

**Aktivitäten**

ich kann schwimmen  brauche Schwimmhilfen  ich darf nicht tauchen  
 ich kann \_\_\_\_\_ Stunden wandern oder velofahren  
 meine Körpergrösse beträgt \_\_\_\_\_ cm  
 Meine besonderen Fähigkeiten, Hobbys und Interessen \_\_\_\_\_

---

**Diese Tätigkeiten darf ich nicht machen** \_\_\_\_\_

**Mir wird übel:**  Autofahren  auf dem Schiff  Seilbahn  weitere \_\_\_\_\_

**Ich habe Allergien auf Lebensmittel oder Pflegemittel:** \_\_\_\_\_

**Speisen und Getränke, die ich meiden muss** \_\_\_\_\_

---

auf Essensmenge achten  Vegetarier  keinen Alkohol

**Ich habe Taschengeld dabei** Fr. \_\_\_\_\_  verwalte das Geld selbst  brauche Unterstützung

**Vergünstigungen**  Halbtax  Begleiterkarte  GA

**Ich nehme mit**  Pass  Identitätskarte

**weitere Hinweise zur Person und Betreuung.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wichtig:** Um Komplikationen während der Ferien zu vermeiden, bitten wir Sie, den Fragebogen gut leserlich und wahrheitsgetreu auszufüllen. Falsche oder unvollständige Angaben beeinträchtigen das Wohlbefinden des Teilnehmenden sowie der ganzen Gruppe. Falsche oder unvollständige Angaben können daher zum Ausschluss vom Ferienkurs führen. Bei sexuellen Neigungen, die eine andere Person gefährden könnten, nehmen Sie bitte zur weiteren Abklärung Kontakt mit uns auf. **Sind weitere Hinweise wichtig** zur Person und zur Betreuung, die fürs Ferienbegleiterteam hilfreich sind, senden Sie uns diese bitte **auf einem separaten Blatt** mit. Alle Informationen behandeln wir vertraulich.

**Am Treffpunkt werde ich abgeholt von** \_\_\_\_\_  **ich reise selbständig weiter**

**Unterschrift Teilnehmerin/Teilnehmer** \_\_\_\_\_

**Unterschrift gesetzliche Vertretung/Betreuung** \_\_\_\_\_

**Vorname/Name** \_\_\_\_\_

**Ort und Datum** \_\_\_\_\_