



Sommerferien-Plausch ohne Koffer ab Uster

22. - 27. Juli 2024

Montag - Samstag

Leitung

Denise Leimgruber und
Beat Schäfer mit Team

Kosten

- Fr. 220.00 für die ganze Woche oder Fr. 40.00 pro Tag/Ausflug
- Fr. 10.00 bis 20.00 pro Tag Taschengeld

Inklusivleistungen:
Reisekosten, Eintritte,
Betreuung, Organisation

Verpflegung

Die Mittags- und Zwischenverpflegung muss selber mitgenommen werden.

Treffpunkt/Zeit

Freizeit-Treff insieme
Zürcher Oberland,
Freiestrasse 29a in Uster
um 09.00 Uhr. Rückkehr ist
um etwa 18.00 Uhr.

Anmeldung

Bis 1. März 2024 mit
Anmeldeton Nr. 3 auf
Seite 25.

Wir führen im 2024 während der Sommerferien-Zeit wieder ein Ferien-Angebot ohne Koffer durch.

Sie können sich für die ganze Woche oder auch nur für einzelne Tage anmelden.

Ganz bewusst möchten wir die Tagesprogramme nicht schon vorher festlegen. So richtet sich das Programm nach dem Wetter und welche Personen daran teilnehmen.

Sie können wieder tolle Tages-Ausflüge und Angebote ab Uster erleben, zum Beispiel:

- insieme-Fox-Trail mit Brätel-Plausch
- Sommer-Spielplausch
- Museums-Besuche
- Schifffahrt
- Zoo- oder Tierpark-Besuch
- Ausflug in eine grössere Stadt
- Minigolf spielen und vieles mehr...



Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Geb.-Datum: _____ Unterschrift: _____

E-Mail-Adresse: _____

Betreuungshinweise: _____

Ich nehme an allen 6 Tagen teil (22. bis 27. Juli 2024)

Ich nehme nur an folgenden Tagen teil: 22. Juli 23. Juli
24. Juli 25. Juli 26. Juli 27. Juli

Ich habe: Halbtaxabo Generalabo Begleiterkarte

- Ich zahle den ausgeschriebenen Betrag
- Ich zahle für die Ferien gerne zusätzlich Fr. _____
- Ich zahle gerne für diese Ferien die Vollkosten von Fr. 360.-- (alle 6 Tage), bzw. Fr. 60.-- (pro einzelnerTag)

Einsenden bis 1. März 2024 an: insieme Zürcher Oberland, 8610 Uster
oder per E-Mail an: info@insiemezo.ch

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass während der Veranstaltung aufgenommene Fotos und Videos von uns eventuell für Drucksachen, Internet und Presse verwendet werden. Wenn wir von Ihnen bei der Anmeldung keine anderslautende Rückmeldung erhalten, gehen wir davon aus, dass Sie mit diesem Vorgehen einverstanden sind.

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 _____