

## Bewerbung als Betreuer/Gruppenleiter für das Jugendcamp 2018 vom 1. bis 8. August 2018

# B

Im Antrag wird für Personenbezeichnungen, für die es eine männliche und eine weibliche Form gibt, aus Gründen der Vereinfachung immer die männliche Form verwendet. Dies ist keine Festlegung auf eine männliche Person.

Betreuer kann werden wer mindestens das 18. Lebensjahr vollendet hat.

Der Betreuer nimmt am Vorbereitungstreffen vom 2. bis 4. Februar 2018 in Gailhof teil. Fahrtkosten, Unterkunft und Verpflegung hierzu gehen zu Lasten des BMAB. Der Betreuer reist bereits am Vortag des Jugendcamps, d.h. am 31.07.2018 in Abbensen an.

Fahrtkosten, Unterkunft und Verpflegung beim Jugendcamp gehen zu Lasten des BMAB. Der Betreuer erhält für seine Tätigkeit eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 180 EUR.

Der Antrag muss vollständig (alle Felder sind Pflichtfelder) in Druckbuchstaben ausgefüllt und vom Betreuer unterschrieben spätestens am 22. Januar 2018 beim BMAB vorliegen. Das erweiterte Führungszeugnis darf nicht vor dem 20. Juni 2018 ausgestellt sein und muss bis spätestens 23. Juli 2018 nachgereicht werden.

### Veranstalter

Bundesverband für Menschen mit  
Arm- oder Beinamputation e.V.  
Kleverkamp 24, 30600 Wedemark

Telefon 089/4161740-10  
Telefax 089/4161740-90  
www.bmab.de

anmeldung2018@ampucamp.de  
info@bmab.de

### Veranstaltungsort

Internationales Freizeit- und Begegnungszentrum des  
CVJM Hannover e.V.  
Alte Zollstraße 33, 30900 Wedemark

Telefon: 05072/235  
Telefax: 05072/7012  
www.abbensen.cvjm-hannover.de/

### Betreuer

Vorname und Name

---

Straße mit Hausnummer

---

PLZ und Ort

---

Telefon (Festnetz- und Mobilnummer)

---

Email-Adresse

Ich bestätige hiermit, dass ich damit einverstanden bin, dass meine hier genannte E-Mail-Adresse für Newsletter des BMAB und Informationen zur Jugendcamparbeit verwendet werden darf. Eine Abmeldung vom Bezug des Newsletters ist jederzeit möglich.

Ich bin einverstanden.

Ich bin nicht einverstanden

---

Geburtstag

männlich  weiblich

---

Poloshirt-Größe

S  M  L  XL  XXL  3XL

---

## Behindertenstatus

- Ich bin nicht behindert.  
 Ich besitze einen Behindertenausweis mit GdB ..... % und folgenden Merkzeichen:  
 G  aG  B  H  BI  
 Ich bin in Pflegestufe ..... eingestuft.

## Körperliche und medizinische Angaben

- Amputationsdatum .....  links  rechts  zweifach  dreifach  vierfach  
 Amputationslevel  Hand  Unterarm  Oberarm  Schulter  
 Fuß  Unterschenkel  Knie  Oberschenkel  Hüfte  
 Amputationsursache  angeboren  Diabetes  gefäßbedingt  Infektion  Krebs  Trauma  
 Weitere Angaben zur Amputation oder zum Gliedmaßendefekt:

- Ich bringe mit:  Krücken  Alltags-Prothese  Wasserfeste Prothese  Orthese(n)  Rollstuhl  
 Sonstiges:

.....  
 Zusätzliche Angaben bei Beinprothesenträgern:

Typ des Prothesenfußes: ..... elektronisch  ja  nein

Zusätzliche Angaben bei Oberschenkelamputation:

Typ des Kniegelenks: ..... elektronisch  ja  nein

Ich kann schwimmen  ja  nein

Ich möchte am Schnuppertauchen teilnehmen  ja  nein

Für die Teilnahme am Schnuppertauchen ist zusätzlich die beigefügte gesonderte Teilnahmeerklärung des Verbands Deutscher Sporttaucher notwendig.

Bestehen Krankheiten, Allergien, Unverträglichkeiten oder besondere Anforderungen an die Ernährung?

Nein  Ja, nämlich:

Letzte Tetanus-Impfung: ..... Letzte FSME-Impfung (Zecken): .....



**BMAB**

Bundesverband für Menschen mit  
Arm- oder Beinamputation e.V.



**JUGEND  
CAMP  
2018**

## Unfallversicherung

Für mich besteht Versicherungsschutz über eine private Unfallversicherung

BMAB-Rahmenvertrag

Anderer Tarif

Name der Versicherungsgesellschaft: .....

Nummer des Versicherungsscheins: .....

Für mich besteht kein Versicherungsschutz über eine private Unfallversicherung

## Haftpflichtversicherung

Für mich besteht Versicherungsschutz über eine private Haftpflichtversicherung

Ehrenamtliche Tätigkeiten sind mitversichert.

Ehrenamtliche Tätigkeiten sind nicht mitversichert.

Ich weiß nicht, ob ehrenamtliche Tätigkeiten mitversichert sind.

Name der Versicherungsgesellschaft: .....

Nummer des Versicherungsscheins: .....

Für mich besteht kein Versicherungsschutz über eine private Haftpflichtversicherung

## Qualifikationen und Fertigkeiten

Beruf: .....

Handwerkliche Fertigkeiten:

JuLeiKa-Ausweis (Bitte Kopie mit einreichen)

Ersthelferkurs

PKW-Führerschein seit:

Umgang mit Kindern (bitte näher erläutern)

Ich kann folgende Musikinstrumente spielen:

Ich kann folgende Musikinstrumente mitbringen:

♦  SPRACHKENNTNISSE / Sonstiges:



**BMAB**

Bundesverband für Menschen mit  
Arm- oder Beinamputation e.V.



**JUGEND  
CAMP  
2018**

### ***Persönliche Erklärung***

Ich habe bereits an einem oder mehreren BMAB-Jugendcamps teilgenommen und dabei folgendes erlebt:

Ich habe bereits an anderen Jugendcamps als teilgenommen und dabei folgende Erfahrungen gemacht:

Ich erwarte von meiner Teilnahme als Betreuer am Jugendcamp:

Anregungen / Hinweise:

## **Teilnahmebedingungen**

### **Präambel**

Im Antrag und in den Teilnahmebedingungen wird für Personenbezeichnungen, für die es eine männliche und eine weibliche Form gibt, aus Gründen der Vereinfachung immer die männliche Form verwendet. Dies ist keine Festlegung auf eine männliche Person.

### **Bewerbung**

Mit der Bewerbung als Betreuer für das Jugendcamp 2018 werden diese Teilnahmebedingungen anerkannt. Änderungen einzelner Passagen der Teilnahmebedingungen sind nur in gegenseitigem Einvernehmen möglich und bedürfen der Textform. Die Annahme der Bewerbung erfolgt unter Ausschluss des Rechtswegs durch den Vorstand des BMAB e.V.. Ein Rechtsanspruch auf Teilnahme am Jugendcamp besteht nicht.

### **Fotografierlaubnis**

Ich erteile dem BMAB die Erlaubnis, mich bei der Projektteilnahme zu fotografieren und diese Bilder ohne Namensnennung zu veröffentlichen. Ich verzichte insofern auf mein Recht am eigenen Bild. Die im Auftrag des BMAB gefertigten Bilder werden allen Teilnehmern und Betreuern zur Verfügung gestellt. Weitere Ansprüche, auch gegen Dritte (z.B. Verlag, Provider, Webmaster), sind ausgeschlossen. Der BMAB kann nicht vollständig sicherstellen, dass von unautorisierten Personen keine Fotografien erstellt und veröffentlicht werden.

### **Führungszeugnis**

Ich benötige zur Teilnahme am Jugendcamp als Betreuer ein „erweitertes Führungszeugnis“. Dieses kann in der Regel beim Ordnungsamt oder beim Bürgeramt der Gemeinde beantragt werden. Dieses Führungszeugnis ist gebührenfrei, wenn es für gemeinnützige Zwecke beantragt wird. Das erweiterte Führungszeugnis darf nicht vor dem 20. Juni 2018 beantragt werden und muss spätestens bis 23. Juli 2018 im Original beim BMAB vorliegen.

### **Verhaltensregeln und Weisungsrecht**

Mir ist bekannt, dass ich während des Aufenthalts im Camp den Weisungen der Campleitung Folge zu leisten habe. Die Betreuer pflegen untereinander, gegenüber den Campteilnehmern und gegenüber Dritten einen respektvollen Umgang und verzichten darauf andere zu ärgern, zu provozieren, zu verletzen, zu beleidigen und zu mobben. Mir ist bekannt, dass die Campleitung meine Berufung zum Betreuer jederzeit widerrufen kann.

### **Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Teilnahmebedingungen unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so wird dadurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung gilt diejenige wirksame und durchführbare Bestimmung als vereinbart, die dem wirtschaftlichen Zweck der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung am nächsten kommt. Entsprechendes gilt für den Fall, dass diese Bedingungen planwidrige Regelungslücken enthalten. Nebenabreden sind nicht getroffen.

Datum
-------

Unterschrift
--------------

## **Haftungsausschluss Sporttag (nur für Träger von Beinprothesen)**

Vorname und Name des Betreuers .....

Körpergewicht ohne Prothese: ..... kg                      Fußlänge: ..... cm

Kniedrehpunkt-Boden-Maß: ..... cm                      Schaftende-Boden-Maß: ..... cm

Fragen Sie ggf. Ihren zuständigen Orthopädietechniker nach diesen Maßen.

Im Rahmen des Sporttages mit dem Behindertensportverband Niedersachsen und Paralympics-Sportlern können auch die die Betreuer unter Anleitung testen, wie es ist, mit speziellen Sportprothesen zu laufen. Dazu müssen Passteile der mitgebrachten Beinprothese temporär gegen Sportprothesen-Funktionsteile ausgetauscht werden. Dies erfolgt durch ausgebildete Orthopädietechniker.

Zum Austauschen der Passteile muss eine eventuell vorhandene Kosmetik entfernt werden. Der betreuende Orthopädietechniker kann die Kosmetik entsprechend vorbereiten. Anderenfalls muss sie möglicherweise aufgeschnitten werden.

Die Nutzung der mit Sportprothesen-Funktionsteilen umgerüsteten Prothese (im weiteren "Probeversorgung") durch den Betreuer erfolgt auf eigene Gefahr.

Daher bin ich damit einverstanden, dass Schaden- und Aufwendungsersatzansprüche – gleich aus welchem Rechtsgrund - gegen die Lieferanten der Sportprothesen-Funktionsteile sowie die ausführenden Orthopädietechnik-Betriebe, die im Zusammenhang mit der Teilnahme am Sporttag unter Nutzung dieser Probeversorgung stehen, ausgeschlossen sind. Dies gilt insbesondere für Ansprüche wegen der Verletzung von Pflichten aus dem Schuldverhältnis sowie aus unerlaubter Handlung.

Dieser Haftungsausschluss gilt gleichermaßen für Schaden- und Aufwendungsersatzansprüche gegen gesetzliche Vertreter oder Erfüllungsgehilfen der Lieferanten der Sportprothesen-Funktionsteile sowie der ausführenden Orthopädietechnik-Betriebe.

Der Ausschluss gilt nur dann nicht, wenn ein Lieferant der Sportprothesen-Funktionsteile oder ein Orthopädietechnik-Betrieb zwingend haftet, z.B. nach dem Produkthaftungsgesetz, in Fällen des Vorsatzes, der groben Fahrlässigkeit oder wegen der Verletzung des Lebens, des Körpers sowie der Gesundheit. Ich weiß, dass kein Versicherungsschutz für Schäden bei der Veranstaltung gewährt wird.

**Wird dieser Haftungsausschluss nicht unterschrieben, ist keine Probeversorgung und damit kein Test einer speziellen Sportprothese möglich.**

Datum  
\_\_\_\_\_

Unterschrift  
\_\_\_\_\_



**BMAB**

Bundesverband für Menschen mit  
Arm- oder Beinamputation e.V.



**JUGEND  
CAMP  
2018**

## **Kommunikationsdaten des Betreuers**

Die folgenden Daten dürfen weitergegeben werden an

- die anderen Betreuer
- alle Teilnehmer

Vorname und Name .....

Straße mit Hausnummer .....

PLZ und Ort .....

Mobiltelefonnummer .....

Emailadresse .....

Ich habe einen WhatsApp-Account

Ich habe folgenden Facebook-Account:

.....

Ich bin Mitglied in folgenden anderen Social Networks:

.....

Datum

Unterschrift:

## Teilnahmeerklärung zum Schnuppertauchen

im Schwimmbad oder im Freiwasser bei schwimmbadähnlichen Verhältnissen

Der Teilnehmer am „Schnuppertauchen“ unternimmt einen leichten Tauchgang mit DTG-Ausrüstung, bei dem er in jeder Hinsicht vom Ausbilder betreut wird.

Mein/Unser Kind möchte an einem sog. „Schnuppertauchgang“ teilnehmen. Seine persönlichen Daten lauten wie folgt:

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

Vollständige Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/e-Mail: \_\_\_\_\_

Mir/Uns ist bekannt, dass das Tauchen mit Druckluft mit Risiken verbunden ist. Bestimmte Krankheitsbilder schließen das Tauchen definitiv aus. Hat der Teilnehmer jemals folgende Erkrankungen oder Probleme ?

\_\_\_\_\_ **Richtige Aussagen bitte ankreuzen!** \_\_\_\_\_

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Akute Erkältung (Nasen- oder Rachenprobleme)   | <input type="checkbox"/> Asthma, Tuberkulose, Bronchitis oder Lungenentzündung           |
| <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenerkrankungen  | <input type="checkbox"/> Chronischer bzw. dauerhafter Husten                             |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen   | <input type="checkbox"/> Gelenk- oder Rückenverletzungen                                 |
| <input type="checkbox"/> Akute Gehörgangs-/Ohrenentzündung  | <input type="checkbox"/> Platzangst  |
| <input type="checkbox"/> Taubheit oder Ohrengeräusche   | <input type="checkbox"/> Raucht 20 oder mehr Zigaretten/Tag                              |
| <input type="checkbox"/> Operationen am Ohr/Trommelfell   | <input type="checkbox"/> Leidet unter Krampfanfällen                                     |
| <input type="checkbox"/> Trommelfellerkrankung  | <input type="checkbox"/> Leidet unter schweren, häufigen Kopfschmerzen                   |
| <input type="checkbox"/> Problem, den Druck in den Ohren auszugleichen (z.B. bei Fahrten in die Berge oder beim Fliegen). | <input type="checkbox"/> Leidet an einer Nervenerkrankung                                |
| <input type="checkbox"/> Schwindel-, Ohnmachts- oder andere Anfälle (Epilepsie u.a.)                                      | <input type="checkbox"/> Ist derzeit in ärztlicher Behandlung                            |
| <input type="checkbox"/> Nimmt regelmäßig bzw. derzeit Medikamente ein  | <input type="checkbox"/> Leidet an einer chronischen Krankheit                           |
| <input type="checkbox"/> Trägt Prothesen, Zahnersatz etc.   | <input type="checkbox"/> Alkohol- oder Drogeneinnahme                                    |
| <input type="checkbox"/> Augen- Sehprobleme   | <input type="checkbox"/> Schädelbasisverletzungen  |
| <input type="checkbox"/> Operationen am Auge  | <input type="checkbox"/> Leidet an Erkrankungen des Bewegungsapparates                   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes, Allergien, Hauterkrankungen  | <input type="checkbox"/> Neigt zu Panikreaktionen, leidet unter psychischen Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Kann nicht schwimmen  |
| <input type="checkbox"/> Musste sich in den letzten vier Monaten einer Operation unterziehen                              |  |

Dringend zu empfehlen ist eine tauchsportärztliche Untersuchung. Erst hierbei kann festgestellt werden, ob Erkrankungen vorliegen, die das Tauchen zur Gefahr werden lassen!

\_\_\_\_\_ **Diese Aufzählung ist nicht abschließend !** \_\_\_\_\_



## *Verband Deutscher Sporttaucher – Teilnahmeerklärung „Schnuppertauchen“*

Ich/Wir bestätige/n, dass die oben gemachten Angaben nach meinem/unserem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich/Wir stimme/n zu, dass ich/wir alle Verantwortung für Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit der Teilnahme am Tauchsport (inklusive solcher Risiken, die durch die bestehenden Erkrankungen oder Änderungen des Gesundheitszustandes und / oder durch ein Verschweigen von vorhandenen oder vergangenen Erkrankungen entstehen) selbst übernehme/n.

---

### **Allgemeine Informationen !**

---

Vor dem „Schnuppertauchgang“ muss eine ordnungsgemäße Einweisung in sämtliches, für den Schnuppertauchgang erforderliche, Material sowie eine lückenlose Vorbereitung (z.B. frühzeitige und richtige Durchführung des Druckausgleiches, insbesondere das Ausatmen bei Auftauchbewegung) vorgenommen werden. Es dürfen die maximale Tauchtiefe von 5 Metern und die Tauchzeit von ca. 15 Min. nicht überschritten werden. Ein Tauchausbilder betreut nur einen Teilnehmer. Der Ausbilder muss die erforderliche Ausbilderqualifikation aufweisen, d.h. VDST Jugendleiter, VDST Übungsleiter C (jeweils mit DTSA \*\*\*) oder VDST Tauchlehrer sein. Auch Tauchlehrer unserer Partnerverbände sind zugelassen (VDST-DTSA-Ordnung).

Ich habe mich über die oben genannten Inhalte vollständig informiert, indem ich diese gelesen und verstanden habe, bevor ich meine Unterschrift leiste.

---

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer

---

### **Für Minderjährige !**

---

Hat der Teilnehmer des „Schnuppertauchgangs“ das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, so sind die Unterschriften der gesetzlichen Vertreter, in der Regel beider Elternteile, erforderlich. Die gesetzlichen Vertreter haben sich über die oben genannten Inhalte vollständig informiert, indem sie diese gelesen und verstanden haben. Ihnen ist bekannt, dass eine Teilnahme an einem „Schnuppertauchgang“ erst mit Vollendung des 8. Lebensjahres möglich ist.

---

Ort, Datum

Unterschriften gesetzliche Vertreter