**FIGHTING FOR TOLERANCE®**

**Kampfkunst gegen Gewalt**

**Sozialer Trainingskurs**

Dieses Seminar wurde speziell für Jugendliche im Alter von ca.13 -18 Jahren entwickelt. Durch körperorientierte Arbeit in Verbindung mit Kampfkunst sollen die Teilnehmer lernen, ihre Sozialkompetenzen zu verbessern und Aggressionen kontrolliert abzubauen, Verantwortung für sich und der Gruppe zu übernehmen, dem Gruppenzwang zu entgehen und die eigenen Grenzen kennenlernen. Eigene Fähigkeiten entdecken, Erspüren von Kraft und Mut, Selbstvertrauen und Teamgeist stärken sowie sich wehren zu können ohne zu schlagen gehören zu den Zielen des Seminars.

**Wochenendseminar**

Samstag, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ von 8:00 Uhr bis Sonntag, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ca. 15:30 Uhr

Von Samstag auf Sonntag findet eine Übernachtung in der Sporthalle statt, da wir bis spät in die Nacht arbeiten.

Achtung!!! Bei diesem Seminar findet wegen Corona keineÜbernachtung statt.

Aus diesem Grund liegen die Kosten bei 80€

|  |  |
| --- | --- |
| **Treffpunkt:**  ***Samstag 8:00 Uhr im Eingangsbereich Sporthalle***  **Judo-Club Weingarten e.V.**  **Sauterleutestraße 36**  **88250 Weingarten**  **Tel: 0751-55 75 395**  **Handy: 0171-30 80 110** | **Lageplan JC.JPG** |

**Am Samstag sind mitzubringen:**

Sportbekleidung (lange Hose), Wechselwäsche für 2 Tage (wir werden viel schwitzen), Handtücher + großes Saunahandtuch, Hygieneartikel (Duschgel, Zahnpflege, usw.) Isomatte, Schlafsack, Krankenversicherungskarte, eventuell Medikamente.

**Verpflegung und Unterkunft:**

Essen und Trinken sowie Unterkunft, wird vom Judo-Club organisiert und gestellt

**Kosten:** *100.- EUR*. Der Betrag muss bei Anmeldung bezahlt werden oder im Vorfeld auf unten aufgeführtes Konto überwiesen sein. Verwendungszweck FFT und Name.



**Anmeldeschluss:** ist am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**Unterstützt durch:**

**Anmeldung**

Mit dem Ausfüllen dieses Formulars leistest du einen Beitrag, um eventuellen gesundheitlichen Risiken vorzubeugen oder bei einem Unfall sofort richtig reagieren bzw. agieren zu können. Wir bitten Dich daher um einige persönliche Angaben, die streng vertraulich behandelt werden.

Hiermit melde ich mich verbindlich vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zum Seminar *FIGHTING FOR TOLERANCE - Kampfkunst gegen Gewalt* an. Mir ist bekannt, dass die Teilnahmegebühr (100.- EUR) bei Nichtteilnahme verfällt. Meine Teilnahme geschieht auf eigenes Risiko. Der Veranstalter übernimmt keinerlei Haftung.

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

Wohnort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Person, die im Notfall benachrichtigt werden soll:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Momentane Erkrankungen, die Dich beinträchtigen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Momentane Medikamenteneinnahme:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bekannte Allergien:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Letzte Tetanusimpfung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solltest Du eines der folgenden Symptome gehabt haben oder aktuell noch haben, dann kreuzte es bitte mit ja oder nein an!

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Symptome | Ja | nein |
| Brüche allgemein (Hand, Arm, Bein) |  |  |
| Bänderrisse |  |  |
| Herzbeschwerden |  |  |
| Herzschrittmacher |  |  |
| Asthma |  |  |
| Niedriger oder hoher Blutdruck |  |  |
| Diabetes |  |  |
| Erkrankung der Wirbelsäule oder Einschränkung |  |  |
| Erkrankung von Gelenken oder Einschränkung |  |  |
| Muskelerkrankungen oder Einschränkungen |  |  |
| Fälle von Ohnmacht, Schwindel |  |  |
| Epilepsie |  |  |

Sonstige Symptome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich bin Vegetarier: O ja / O nein Ich esse kein Schweinefleisch: O ja / O nein

Ort, Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift (Erziehungsberechtigter)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_