



Zirkusferien im CABUWAZI Altglienicke

In den Sommerferien (Woche 1: 09.07. – 13.07.2018; Woche 2: 13.08. – 17.08.2018)

Im CABUWAZI Altglienicke könnt ihr Kugellaufen, Jonglieren, Trampolinspringen, Trapez, Clownerie, Akrobatik, Seillaufen und vieles mehr lernen. Nach einer Woche Zirkustraining präsentieren wir gemeinsam das Erlernte im Rahmen einer Abschlussshow vor staunenden Eltern und Freund*innen.

Das Training findet von **Montag bis Freitag** jeweils von **10 bis 16 Uhr** statt. Eure Abschluss-Show findet am **Freitag um 14 Uhr** statt. Die Zirkusferien sind für alle Kinder **ab 7 Jahren** geeignet. **Fünf Tage Workshop** inkl. **warmem Mittagessen** kosten **140 €** (wir bieten bei Bedarf kostenfreie Plätze an). Falls gewünscht, bieten wir auch **Frühbetreuung** (ab 09 Uhr, 20 Euro) und **Spätbetreuung** (bis 17 Uhr, 20 Euro) an. Der Beitrag ist bis **10 Tage vor Beginn** auf folgendes Konto zu zahlen:

Bank für Sozialwirtschaft

IBAN DE91100205000001208400

Verwendungszweck Zeitraum, CABUWAZI Altglienicke, Name des Kindes

Empfänger Grenzkultur gGmbH

BIC BFSWDE33BER

Bitte sendet das ausgefüllte Anmeldeformular per Post oder per E-Mail an uns (Bestätigung per E-Mail):

CABUWAZI Altglienicke

Telefon +49 (0)30 / 221 97 660

Adresse Venusstraße 90, 12524 Berlin

E-Mail altglienicke@cabuwazi.de

Anfahrt: Bus 260 oder 160: Ortofst. / Venusstr. (ab U-Bhf Rudow bzw. S-Bhf Adlershof/Grünbergallee), Eingang zum Zirkuszelt an der Venusstraße/Ecke Birnenweg

..... *BITTE HIER ABSCHNEIDEN*

Zirkusferien - Anmeldung

Hiermit melde ich (Erziehungsberechtigte)

| | | | |
|---------------------------|--|---------|--|
| Name, Vorname | | | |
| Adresse, PLZ, Ort | | | |
| E-Mail | | Telefon | |
| mein Kind (Name, Vorname) | | geb. am | |

zu folgender Sommerferien-Zirkuswoche im CABUWAZI Altglienicke verbindlich an (bitte ankreuzen):

Woche 1 (09. – 13.07.18)

Ich möchte Betreuung früh spät in Anspruch nehmen.

Woche 2 (13. – 17.08.18)

Ich nehme folgendes Angebot in Anspruch (bitte ankreuzen):

Teilnahmebetrag 140,- € kostenfreier Platz - freiwillige Spende von _____ €

| | | |
|---|--------|---------|
| Sie erreichen mich unter | E-Mail | Telefon |
| Gesundheitliche Besonderheiten des Kindes | | |

Mein Kind isst vegetarisch bzw. vegan (bitte ankreuzen):

ja nein

Ich möchte den CABUWAZI-Newsletter erhalten (bitte ankreuzen):

ja nein

Von meinem Kind während der Zirkuswoche bei CABUWAZI gemachte Fotos und/oder Filme dürfen (ohne Vergütung) veröffentlicht werden:

ja nein

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass mein Kind durch CABUWAZI nicht unfallversichert ist.

Berlin

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r



Einverständniserklärung

Ich

| | |
|---|---------|
| Name, Vorname | geb. am |
| zu erreichen unter (E-Mail, Telefon und/oder Adresse) | |

bin einverstanden, dass die von mir

| |
|------------------|
| am (Datum) |
| in/beim (Anlass) |

erstellten Aufnahmen

 in Printprodukten* in der Presse* Online*
(Website, Social Media)

veröffentlicht werden.

*nicht Zutreffendes bitte streichen

Datum

Unterschrift der fotografierten/gedrehten Person

Zusatzklärung bei minderjährigen Personen

Als gesetzliche*r Vertreter*in erkläre ich

| |
|--|
| Name, Vorname |
| zu erreichen unter (E-Mail, Telefon-Nummer und/oder Adresse) |

hiermit mein Einverständnis mit den Punkten der vorstehenden Vereinbarung.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r