



## Osterfreizeit ins Fünf-Städte-Heim Hörnum/Sylt



Auf zur Ferienfreizeit in das Fünf-Städte-Heim nach Hörnum/Sylt.

Wir bieten diese Fahrt für Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 16 Jahren an.

Wir wollen ein paar schöne gemeinsame Tage auf der Insel verbringen, mit zahlreichen Aktivitäten, wie z.B. Nachtwanderung, Nachtspiele, viel Strand, Miss und Mister Sylt Wahl, Besuch der Wattenmeer-Schutzstation, Ausflüge, Meer und jeder Menge Fun und Aktion für jedes Alter.

<b>Start:</b>	<b>Sa. 28.03.2026 ca. 9:00 Uhr</b>
<b>Ende:</b>	<b>Fr. 03.04. ca. 14:30 Uhr</b>
<b>Wo?:</b>	<b>Fünf-Städte-Heim Hörnum/Sylt</b>
<b>Wer?</b>	<b>Kinder und Jugendliche 7 bis 16 Jahre</b>
<b>Kosten:</b>	<b>Vereinsmitglieder TSV Prisdorf e.V. 375,- €</b>
	<b>Nichtmitglieder 425,- €</b>

**Anmeldeschluss: 15.02.2026**

*Im Teilnehmerbeitrag sind die folgenden Kosten bereits enthalten: Kosten der Bahnfahrt, Unterkunft, Verpflegung, Getränke, Eis, Taschengeld (12,-€), Wattwanderung, Eintritt Schutzstation Wattenmeer und Busfahrten auf der Insel.*

Die Unterbringung erfolgt in 4- und 6-Bettzimmern. Für jedes Zimmer wird ein/e Betreuer\*in zuständig sein, der Ansprechpartner für den gesamten Aufenthalt ist.

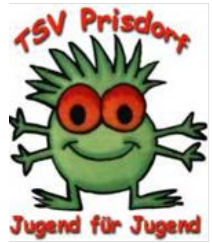
Die Betreuung wird von den Jugendgruppenleitern\*innen der Gruppe „Jugend für Jugend“ des TSV Prisdorf e.V. übernommen.

Für weitere Informationen laden wir gerne zum Elternabend am:

**Mo., d. 16.03.2026, um 18:30 Uhr TSV Vereinsheim, Ahrenloher Weg in Prisdorf ein.**

Falls eine Teilnahme am Elternabend nicht möglich sein sollte oder nicht gewünscht ist, schickt mir bitte eine kurze Info, dann sende ich Euch den Pack- und Infozettel nach dem Elternabend zu.

***bitte wenden ➡➡➡➡➡➡***



Es besteht auch in diesem Jahr wieder die Möglichkeit, ein „Jugend für Jugend“ Sweatshirt zu bestellen.

Kosten **36,- €**

Gebt bitte hierfür in der Anmeldung Größe, Farbe und den Namen an, der aufgeflockt werden soll.

Die Kosten für das Sweatshirt bitte gemeinsam mit dem Teilnehmerbeitrag, auf das Konto des TSV Prisdorf e.V. überweisen. (Kontoverbindung siehe Rückseite)

**Das ausgefüllte Anmeldeformular bitte bis zum 15.02.2026 per E-Mail, WhatsApp (Scannt hierfür die ausgefüllte Anmeldung bitte ein) oder in Papierform abgeben bei:**

**Birte Koch-Behrend**

(Jugendwartin TSV Prisdorf e.V. + Fahrtenleitung)

**Hauptstr. 99b, 25497 Prisdorf**

**Tel. 0160/8274223**

**[birtekoch@gmx.de](mailto:birtekoch@gmx.de)**

**Der Teilnehmerbeitrag in Höhe von 375,- € bzw. 425,- € (ggf. zuzüglich Kosten für das Sweatshirt) bis zum 15.02.2026 auf das nachstehende Konto überweisen.**

**Empfänger: TSV Prisdorf e.V.**

**IBAN: DE12230510300003338712 / BIC: NOLADE21SHO**

**(Kreissparkasse Südholstein)**

**Verwendungszweck/Stichwort: „Sylt 2026“ + Name des Teilnehmers“**

Ich freue mich über viele Anmeldungen „alter und neuer Gesichter“!

Für Rückfragen stehe ich sehr gerne zur Verfügung!

*Mit sportlichem Gruß*

*B. Koch-Behrend*



**Verbindliche Anmeldung zur Osterfreizeit des TSV Prisdorf**  
**vom 28.03. bis 03.04. 2026**



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

☐ männlich ☐ weiblich

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

Straße&Nr: \_\_\_\_\_ Postleitzahl & Wohnort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ krankenversichert bei (Name der KK): \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ letzte Tetanusimpfung: \_\_\_\_\_

HandyNr. Teilnehmer\*in: \_\_\_\_\_

Name/Vorname Erziehungsberechtigt 1: Name: \_\_\_\_\_ HandyNr. \_\_\_\_\_

Name/Vorname Erziehungsberechtigt 2: Name: \_\_\_\_\_ HandyNr. \_\_\_\_\_

Vereinsmitglied im TSV Prisdorf e.V.: ☐ ja ☐ nein

Aufnahme in den Veranstaltungsnewsletter „Jugend für Jugend“ gewünscht ☐ ja ☐ nein

Aufnahme in die WhatsApp Elterngruppe der Teilnehmer\*innen gewünscht ☐ ja ☐ nein  
(in dieser Gruppe werden Informationen geteilt und Fotos veröffentlicht)

Vegetarisches Essen gewünscht: ☐ ja ☐ nein

Essen ohne Schweinefleisch gewünscht: ☐ ja ☐ nein

Nahrungsmittelunverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Jugend für Jugend Sweatshirt (36,- €) ☐ ja ☐ nein

Größe:

☐128 ☐140 ☐146 ☐164 ☐XS ☐S ☐ M ☐L ☐XL ☐XXL ☐XXXL

Farbe:

☐real green ☐orange ☐marine blau ☐rot ☐schwarz ☐türkis ☐rosa ☐sorbet (pink) bestellen.

Folgender Name soll auf geflockt werden: \_\_\_\_\_ Flockfarbe: \_\_\_\_\_

Falls ich/wir unter der oben genannten Anschrift und Telefonnummern nicht erreichbar sein sollte/n,  
bitte folgende Notfallperson verständigen:

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

Leidet der/die Teilnehmer\*in an Krankheiten/Allergien? ☐ja ☐nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Muss er/sie regelmäßig verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen?

☐ja ☐nein

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung? \_\_\_\_\_

gegebenenfalls gesonderten Zettel verwenden, außerdem ist das Medikamentenabgabeformular vom behandelnden Arzt auszufüllen und der Anmeldung beizufügen



**Einverständniserklärungen:**

- Ich/wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass das Betreuerteam meinem/ unserem Kind die oben aufgeführten Medikamente geben darf.
- Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind an allen Aktivitäten der Osterferienfreizeit des TSV Prisdorf vom **28.03. bis 03.04. 2026** teilnimmt.
- Ich/wir verpflichte/n mich/uns den jeweiligen Teilnehmerbeitrag bis zum 15.02.2026 auf das Konto des TSV Prisdorf e.V. überweisen.
- Ich/wir haben zur Kenntnis genommen, dass die Anmeldung verbindlich ist und bei einem Rücktritt nach dem 15.02.'26, 75% des Teilnehmerbeitrages berechnet werden.
- Ich/wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind, sollte es über 12 Jahre alt sein, im Zusammenhang mit Rallye und Spielstationen das Heimgelände ohne Betreuer/in verlassen darf.
- Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind während der Osterferienfreizeit fotografiert und gefilmt wird. Diese Medienaufnahmen werden für Aktionen während der Fahrt, für Presseberichte, Homepage, WhatsApp Status, WhatsApp Kanal und für die Fotowand im Vereinsheim des TSV Prisdorf e.V. verwendet.
- Ich/wir bestätigen, dass mein/unser Kind z.Z. frei von ansteckenden Krankheiten ist und im Falle einer solchen Krankheit unmittelbar vor der Fahrt zu Hause bleibt.
- Ich/wir haben zur Kenntnis genommen, dass im Falle von emotionalen Problemen (z.B. Heimweh) und auftretenden Krankheiten, die vom Betreuerteam nicht händelbar sind, ich/wir mein/unser Kind abholen und eine Kostenerstattung nicht erfolgt.
- Ich/wir haben zur Kenntnis genommen, dass die Personensorgeberechtigte für Schäden, die das Kind ggf. verursacht, aufkommen. Hierzu gehören z.B. Glasbruch, verschmutzte Matratzen, mutwillig zerstörte Einrichtungsgegenstände etc.
- Ich/wir/erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass nach vorheriger telefonischer Absprache, bei Bedarf, meinem/unserem Kind ggf. ein fiebersenkendes oder ein Schmerzmedikament gegeben werden darf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten/Sorgeberechtigten

## MEDIKAMENTENGABE

**Osterfreizeit ins Fünf-Städte-Heim Hörnum/Sylt vom 28.03. bis 03.04. 2026**

**Das Formular bitte vom zuständigen Arzt ausfüllen lassen!**



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

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten bzw. dem Eintreten folgender Umstände eingenommen werden:

	<b>1. Name des Medikaments</b>	<b>2. Name des Medikaments</b>	<b>3. Name des Medikaments</b>
<b>Morgens</b>	Uhrzeit: _____  Dosierung: _____	Uhrzeit: _____  Dosierung: _____	Uhrzeit: _____  Dosierung: _____
<b>Mittags</b>	Uhrzeit: _____  Dosierung: _____	Uhrzeit: _____  Dosierung: _____	Uhrzeit: _____  Dosierung: _____
<b>Abends</b>	Uhrzeit: _____  Dosierung: _____	Uhrzeit: _____  Dosierung: _____	Uhrzeit: _____  Dosierung: _____
<b>Beim Eintreten folgender Umstände: (z. B. epileptischer Anfall, .....)</b>	Umstand: _____  Dosierung: _____	Umstand: _____  Dosierung: _____	Umstand: _____  Dosierung: _____
<b>Bemerkung/Dauer der Einnahme:</b>			

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin**

telefonisch erreichbar unter: \_\_\_\_\_

**Ermächtigung der Eltern / des / der Sorgeberechtigten:**

Hiermit ermächtige/n ich/wir \_\_\_\_\_  
(Name der Eltern / Sorgeberechtigten)

die Betreuer/innen der Gruppe „Jugend für Jugend“ des TSV Prisdorf e.V.

meinem/unserem Kind \_\_\_\_\_ die o. g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten bzw. in den vorgenannten Fällen, in der entsprechenden Dosierung zu verabreichen.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum (Unterschrift der Erziehungsberechtigten/Sorgeberechtigten)**