



Leitung

Helmut Spirk und Team

Unterkunft

Parkhotel Emmaus -
Casa Rustico,
Via Emmaus 15,
6616 Losone

Kosten ab Einsteigort

Fr. 1'150.— Einzelzimmer
Fr. 80.— Zuschlag Nicht-
mitglieder insieme

Leistungen

Verpflegung All inclusiv,
Reisekosten, Betreuung
durch insieme, Ausflüge

Gruppengrösse

Max. 6 Personen

Anreise im Kleinbus

Anmeldung

mit Talon und Fragebogen
bis 31. Januar 2024
bei Helmut Spirk

Losone – Ferien im Tessin

8. – 14. September 2024

Sonntag – Samstag (7 Tage)

für Menschen mit einer leichten bis mittelschweren
Beeinträchtigung

Wir machen Ferien in Losone.

Losone liegt am Lago Maggiore.

Es sind nur wenige Minuten bis zur Piazza in Ascona.

Das Hotel hat einen schönen Garten.

Wir essen in einem Restaurant oder grillieren im
eigenen Garten.

Es gibt viele schöne Sachen zum Anschauen in der
Umgebung.

Das Hotel ist **nicht** für Rollstuhl/Rollator geeignet.

Gültige ID, für Ausflüge ins nahe Ausland.





Anmeldetalon **Ferien in Losone vom 8. – 14. September 2024**

Name/Vorname			
Strasse/Nr.			
PLZ/Ort			
Telefon			Natel
Email			
Geb.-Datum			IV-Nummer
Rechnungsadresse, falls abweichend			
Ich besitze	Begleiterkarte <input type="radio"/>	Halbtaxabo <input type="radio"/>	Generalabo <input type="radio"/>
Ich bin insieme Mitglied	Ja <input type="radio"/> im Regionalverein Nein <input type="radio"/>		
Unterschrift Teilnehmende/r:	Unterschrift Bezugs- bzw. Betreuungsperson oder gesetzlicher Vertreter:		

Einsenden (A-Post) bitte bis **31. Januar 2024** an:

Helmut Spirk, Rapsweg 15, 5036 Oberentfelden

bei Fragen: h.spirk@insieme-aarau-lenzburg.ch

Bitte senden Sie uns mit dem Anmeldetalon auch den angefügten „Fragebogen **persönliche Daten**“ zurück.

Wichtig zu wissen

1. Die Anzahl der Teilnehmenden ist beschränkt. Die Anmeldungen werden nach Eingang und Eignung berücksichtigt. Über die Eignung der Angemeldeten entscheidet insieme Aarau-Lenzburg zusammen mit der Leitung.
2. Sie erhalten zuerst eine Bestätigung der Anmeldung.
Erst nach unserer Zusage der Teilnahme versenden wir die Rechnung sowie weitere Informationen.
3. Annullation:
Bis 60 Tage vor Abreise **30 % des Teilnahmebeitrags**
59 – 30 Tage vor Abreise **50 % des Teilnahmebeitrags**
29 – 15 Tage vor Abreise **80 % des Teilnahmebeitrags**
14 – 0 Tage vor Abreise / Nichterscheinen **100 % des Teilnahmebeitrags**
Eine individuelle kostengünstige Reiserücktrittsversicherung kann bei der Allianz Global Assistance abgeschlossen werden www.allianz-assistance.ch



Fragebogen persönliche Daten

Ich möchte an folgenden Ferien oder Wochenenden teilnehmen:

Ferienziel/Datum: **Ferien in Losone 2024**

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Alle Betreuenden/HelferInnen haben ihre Schweigepflicht (auch über die Dauer des Ferienlagers hinaus) bestätigt.

Personalien Teilnehmer

Name

Vorname

Evt. Institution

Strasse Nr.

PLZ Ort

E-Mail

Zuständige Betreuungsperson

Individueller Betreuungsbedarf (IBB): Stufe 0 1 2 3 4

Hier bitte

Foto

Geb.-Datum

Telefon

IV-/AHV-Nummer

Gesetzliche Vertretung

Name Vorname

Strasse Nr.

PLZ Ort

Email

Telefon

Natel

Eltern/Elternteil Geschwister Beistand Andere

Rechnung geht an gesetzliche Vertretung? ja nein

Wenn nein, Rechnung bitte senden an:

Name Vorname

Strasse Nr.

PLZ Ort

Email

Telefon

Natel

Kontaktpersonen während den Ferien

1. Name/Vorname

Wann erreichbar

Telefon

2. Name/Vorname

Wann erreichbar

Telefon

Weitere Angaben

Hausarzt

Telefon Hausarzt

Krankenkasse/Sektion
privat

Unfall versichert allgemein halbprivat

bei

Versicherung ist Sache der Teilnehmer!

Vergünstigungen

IV-Begleiterausweis SBB Halbtax-Abo GA

Angaben zur Behinderung und zu Krankheiten

Geistige Behinderung

keine

leicht

mittel

schwer

Gehbehinderung

keine

Gehhilfe

Rollator

Rollstuhl

Bemerkung

Sehbehinderung

keine

Brille

Bemerkung

Sprachbehinderung

keine

leicht

mittel

kann nicht sprechen

Bemerkung

Hörbehinderung

nein

ja

Hörgerät

Epilepsie

nein

ja

Bemerkung

Herzbeschwerden

nein

ja

Bemerkung

Diabetes

nein

ja

Bemerkung

Atembeschwerden/Asthma

nein

ja

Bemerkung

Höhenverträglichkeit

nein

ja

Bemerkung

Kreislaufbeschwerden

nein

ja

Bemerkung

ADHS

nein

ja

Bemerkung

Allergien

keine

bei Wespenstich bei Bienenstich **Notfallset mitnehmen!**

Andere Allergien

Starrkrampfimpfung

nein

ja, letzte Starrkrampfimpfung am

Besondere Auffälligkeiten

- | | | | | | |
|------------------------|--------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| davonlaufen | <input type="checkbox"/> | aggressiv | <input type="checkbox"/> | trägt Zahnprothese | <input type="checkbox"/> |
| anfällig auf Erkältung | <input type="checkbox"/> | sonnenempfindlich | <input type="checkbox"/> | neigt zu Durchfall | <input type="checkbox"/> |
| neigt zu Verstopfung | <input type="checkbox"/> | unruhiger Schlaf | <input type="checkbox"/> | schnarchen | <input type="checkbox"/> |
| einnässen | <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | tagsüber <input type="checkbox"/> | nachts <input type="checkbox"/> | tagsüber und nachts <input type="checkbox"/> |
| Trage Pampers | <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | tagsüber <input type="checkbox"/> | nachts <input type="checkbox"/> | tagsüber und nachts <input type="checkbox"/> |

Bitte genügend Hilfsmittel, Pampers, etc. mitgeben.

Bemerkungen zu den Auffälligkeiten

.....
.....

Es gibt folgende Situationen, in denen ich mich oder andere gefährde:

.....

Was bereitet Unbehagen/Angst/Stress:

- Luftseilbahn Höhe Platzangst Lift Lärm grosse Gruppen
 neue Umgebung anderes

Bei sexuellen Neigungen, die eine andere Person gefährden könnten, nehmen Sie zur weiteren Abklärung Kontakt mit der Lagerleitung auf.

Medikamente

Ich benötige Medikamente? ja nein

Ich nehme sie selbständig, ohne Hilfe, ein ja nein

Die Medikamente müssen mir gegeben werden ja nein

Bitte Tabelle auch ausfüllen, wenn Sie die Medikamente selbst einnehmen

Bitte in Blockschrift schreiben!

Medikament	Bemerkung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Die Medikamente müssen in einem Dispenser mitgegeben werden. Bitte Kopie der ärztlichen Verschreibung beilegen.

Betreuung, Pflege

	selbständig	teilweise	unselbständig	evtl. Bemerkung
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung in der Nacht	<input type="checkbox"/> nicht	<input type="checkbox"/> nötig	<input type="checkbox"/> nötig	Was?

.....
Besondere Angaben

.....
Besondere Bedürfnisse/Rituale

Verschiedenes

- Besonderheiten beim Essen keine auf Essensmenge achten Vegetarier
 kein Alkohol
 Lebensmittelallergie auf
- welche Speisen/Getränke meiden?
- weiteres
- Ich kann mein Sackgeld selbständig verwalten ja brauche Unterstützung
- Rauchen Sie? nein ja Wieviel?
- Trinken Sie Alkohol? nein ja Wieviel?

Aktivitäten

Können Sie schwimmen? nein ja (Falls Badbesuch, Schwimmweste für Nichtschwimmer mitgeben)

Besondere Fähigkeiten, Hobbies und Interessen:

.....

Welche Tätigkeiten dürfen nicht ausgeübt werden?

.....

Wie lange kann der Teilnehmer wandern/spazieren? bis 1 Std. 1 – 2 Std. mehr

Mir wird übel Autofahren auf dem Schiff Seilbahn

Im Ferienlager werden Fotos gemacht. Ich bin einverstanden, dass Fotos, auf denen ich mit abgebildet bin, evtl. in Zeitungsartikel/Drucksachen/Internet/etc. erscheinen können ja nein

Bitte füllen Sie den Fragebogen gut leserlich und wahrheitsgetreu aus. Falsche oder unvollständige Angaben beeinträchtigen das Wohlbefinden der Ferienteilnehmer sowie der ganzen Gruppe.

Unterschriften

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt durch:

Ort/Datum

Unterschrift teilnehmende Person (sofern
möglich/selbständig)

Unterschrift gesetzliche Vertretung/Betreuer

Bitte Fragebogen zusammen mit Anmeldung einsenden (Adresse siehe Anmeldetalon)