



Verbindliche Anmeldung zur „Brückenzeit 2025“

Hiermit melde ich mein Kind _____

geboren am: _____

vertreten durch Eltern/ Sorgeberechtigte:

Wohnhaft: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Schule: _____

verbindlich zum Projekt „Brückenzeit 2025“ an.

Bitte ankreuzen:

- Flexibel für Durchlauf 1 oder 2
- Nur Durchlauf 1 möglich
- Nur Durchlauf 2 möglich

Die Brückenzeit umfasst 5 Workshops über 2-4 Tage

1. Das Theater-Wochenende
2. Das Kraftzeichen-Wochenende
3. Die Mädchen*- / Jungen*zeit
4. Das Abschlusscamp mit anschließendem Übergangsritual
5. Der Feuerlauf

Die Kosten für die Brückenzeit betragen nach Selbsteinschätzung 850€ - 1250€ je Kind.

Eine Ratenzahlung bis 4 Raten ist möglich. Bei zeitweiser Verhinderung des Kindes etwa durch Krankheit können die Kosten nicht erstattet werden. Brückenzeitmodule können nicht nachgeholt werden.

Anmeldungen bitte bis spätestens 31.10.2024

Die Anmeldung ist erst mit einer **Anzahlung von 100,00€** verbindlich und gesichert. Sie erhalten dann eine Bestätigung Ihrer Teilnahme per E-Mail. Der restliche Betrag ist bis zum **31.01.2025** fällig, falls keine Ratenzahlung vereinbart wurde. Ein Durchgang der Brückenzeit findet in der Regel ab 10 Teilnehmenden statt. Sollte diese Teilnehmerzahl nicht erfüllt sein, zahlen wir Ihnen den Betrag in voller Höhe zurück.

Ich wähle eine **monatliche Ratenzahlung** mit _____ (2-6) **Raten** zu je _____ **€/Monat** beginnend mit der 1. Rate am ____ . ____ . ____ .

Die letzte Rate muss vor Beginn des ersten Brückenzeit-Workshops überwiesen sein.

Konto: Mütterzentrum e.V.

Bank: Bank für Sozialwirtschaft

IBAN: DE54 3702 0500 0003 4672 01,

BIC: BFSWDE33XXX

Betreff: **Brückenzeit 2025 + Name des teilnehmenden Kindes**

Seite 1 von 2



Besondere Vereinbarungen:

1. Braucht Ihr Kind Medikamente? Welche?

Sind Sie damit einverstanden, dass Ihr Kind bei Bedarf homöopathische Mittel erhält (z. B. Arnica bei Verletzungen, Apis bei Insektenstichen)?

Bitte ankreuzen: Ja Nein

2. Hat Ihr Kind Allergien, Unverträglichkeiten, chronische Krankheiten?

3. Gibt es sonstige zu beachtende Besonderheiten?

4. Die Eltern bevollmächtigen die Workshop-Leiter*innen hiermit, in Notfällen eine ärztliche Behandlung veranlassen zu dürfen und hinterlegen die Kopie des Impfausweises.

5. Ich habe die Termine, Inhalte sowie **AGBs** auf der Homepage zu Kenntnis genommen und bin damit einverstanden (www.brueckenzeit.com).

Ich möchte per Mail weitergehende Informationen der Brückenzeit erhalten, zum Beispiel zu entsprechenden Workshops oder Veranstaltungen auch für Erwachsene.

Dies kann jederzeit widerrufen werden.

Bitte ankreuzen: Ja Nein

Leipzig, den _____

.....
(Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

Verbindliche Anmeldung als PDF an: brueckenzeit-team@gmx.de

Irene Kostka

Organisation der Brückenzeit

Seite 2 von 2

