

**Haftungsausschluss für die Teilnahme an der Bewegungsgruppe
im Rahmen der Kampagne „Dabei sein bewegt!“**

Bewegungsbegleiter*In Vor-/Zuname, Kontaktdaten	
Bewegungsangebot Titel, Termine, Ort	

Teilnehmererklärung

Name / Vorname	
Anschrift	

Die Teilnahme am o.g. Bewegungsangebot erfolgt auf eigene Verantwortung und stellt keinen Ersatz für eine ärztliche/therapeutische Behandlung dar.

Die/der o.g. Bewegungsbegleiter*In wird von jeglicher Haftung für physische und psychische Schäden ausgeschlossen.

Dies betrifft auch Schäden und Verlust von Wertsachen in Räumlichkeiten bzw. öffentlichen Plätzen des Bewegungsangebots.

Im entsprechenden Fall ist die eigene Versicherung der/des Teilnehmenden (Kranken-, Unfall-, Haftpflichtversicherung o.ä.) zuständig.

☐ **Der Haftungsausschluss wird in vollem Umfang anerkannt. (Bitte ankreuzen)**

Ort, Datum

Unterschrift



Rheinland-Pfalz
MINISTERIUM FÜR
ARBEIT, SOZIALES, FRAUEN,
FAMILIE UND JUGEND