Anmeldung
DEFENDO-*KIDS* Seminar 2026

Seminar: ***DEFENDO-KIDS Grund-Seminar 2026***

Seminarkennung: **DEF 800 10 01 04 004 10/26**

Datum	**19.10.26**	**20.10.26**	**21.10.26**	**22.10.26**
Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag
Zeitraum	13.00-15:00 Uhr	13.00-15:00 Uhr	13.00-15:00 Uhr	13.00-15:00 Uhr

Seminarort: **Rostock**

Cavemus e.V.- Trainingszentrum für Gewaltprävention Rostock -
Werftstraße 20 --- 18057 Rostock

Hiermit melde ich mich / mein Kind

Vorname: _____ Nachname: _____

verbindlich für das ***DEF 800 10 01 04 004 10/26*** an.

Seminarkosten:

pro Kind	**Modul I**	**Modul II**	**Modul III**	**Modul IV**
Einzelbuchung	30,00 Euro	30,00 Euro	30,00 Euro	30,00 Euro
Einmalzahlung	100,00 Euro			

Die Anmeldung gilt erst als bestätigt mit dem Zahlungseingang. Bitte berücksichtigen Sie, dass ein Anspruch auf einen Teilnehmerplatz erst nach Eingang der vollen Teilnahmegebühr besteht.

Die Teilnehmer die nicht Mitglied im Verein Cavemus e.V. sind, haben für diese Veranstaltung keinen Versicherungsschutz über den Verein.
Schäden und Verletzungen die während der An- und Abreise zur Veranstaltung entstehen, sind nicht durch den Verein bzw. die Trainer versichert.

Anmeldung

DEFENDO-KIDS Seminar 2026

Teilnehmer/in	Name	
	Vorname	
	T-Shirt Größe	
Erziehungsberechtigte/r	Vorname	
	Nachname	
Erreichbarkeit:	Telefonnummer	
	E- Mail	

Ich verpflichte mich mein Kind nach Beendigung des Seminars, innerhalb von 30 Minuten abzuholen.
Für die zusätzliche Betreuung meines(er) Kindes(er) pro Kind, werden 10,00 Euro pro angefangene Stunde berechnet.

Rücktrittsbedingungen

Bei Stornierungen ab zwei Wochen vor der Veranstaltung berechnen wir die Hälfte der Teilnahmegebühren für den Verwaltungsaufwand. Bei Stornierungen ab drei Tage vor der Veranstaltung berechnen wir die volle Teilnahmegebühr. Ein Ersatzteilnehmer kann selbstverständlich immer gestellt werden. Die Seminare, Camps und Hort, finden ab einer Teilnehmerzahl von 10 Kindern statt. Spätestens vier Wochen vor Seminarbeginn verpflichten wir uns, Sie im Fall einer Absage per Mail zu informieren. Im Krankheitsfall eines Referenten sind wir bemüht einen fachlich adäquaten Ersatzreferenten zu stellen

Bitte überweisen Sie den Betrag auf das Konto:

Inhaber: CAVEMUS e.V. **Bankverbindung:** OSPA

IBAN: DE57 1305 0000 0201 0926 46 **BIC:** NOLADE21ROS

Verwendungszweck: ***Vor- und Nachname DEF 800 10 01 04 004 10/26***

Ort; Datum *Teilnehmer / Erziehungsberechtigte/r*