

Teilnahmeerlaubnis

Bienen AG

Bitte in Druckbuchstaben und vollständig ausfüllen!

Erziehungsberechtigte/r:	Name des Teilnehmers: (Name, Vorname)
Straße:	35260 Stadtallendorf
Telefonnummer:	Geb.- Datum des Teilnehmers

Ihre Tochter/ Ihr Sohn möchte an der **Bienen AG** teilnehmen. In der Bienen AG arbeiten wir je nach Jahreszeit am Bienenvolk. Wir tragen grundsätzlich Schutzkleidung, bitte sorgen Sie dafür, dass Ihr Kind langärmelige Pullover, festes Schuhwerk und lange Hosen tragen. Es ist möglich, dass Ihr Kind gestochen wird. Dies schmerzt zwar, ist aber weiter nicht gefährlich, wenn ihr Kind nicht allergisch reagiert.

Meine Tochter/ mein Sohn..... reagiert auf Bienenstiche nicht allergisch bzw. mir ist keine allergische Reaktion auf Bienenstiche bekannt. Ich weiß, dass man einen entsprechenden Test beim Hausarzt durchführen kann

Mein Kind braucht folgende Medikamente, die vom Betreuer ausgehändigt werden dürfen/sollen:

.....
Mein Kind besitzt folgende Allergien bzw. Essensunverträglichkeiten/ -besonderheiten:
.....

Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter der Handynummer 0170/2263443 (Sebastian Richter).

Ich bin mir bewusst, dass die Betreuer für unerlaubte bzw. ordnungswidrige Einzelaktionen des Teilnehmers keine Verantwortung tragen. Nur für diese Fälle entbinde ich sie durch meine Unterschrift von der Haftung im Rahmen der Aufsichtspflicht.

Während der Veranstaltung aufgenommene Fotos und Videos dürfen von der Stadtjugendpflege Stadtallendorf für Öffentlichkeitsarbeit benutzt werden.

**Die Teilnehmer nehmen auf eigenes Risiko an der Aktion teil.
Ich erkenne die oben genannten Bedingungen an.**

Stadtallendorf, den2018 Unterschrift Erziehungsberechtigte/r Unterschrift Teilnehmer
-------------------------------	---	----------------------------------