

# HFP 2018

## Teilnahmeerlaubnis für

Waldtage 01.10. - 02.10.2018

Erziehungsberechtigte/r		Name, Vorname des Kindes	
Straße/Hausnummer:		35260 Stadtallendorf	
Telefon:	Geburtsdatum des Kindes	Geburtsland des Kindes	<input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen

Ich/wir erlaube/n dem o.g. Kind an den Waldtagen des Jugendzentrums und der Stadtjugendpflege Stadtallendorf am **01.-02.10.2018** teilzunehmen.

- Mein /unser Kind ist gesund und leidet **nicht** an gesundheitlichen Schäden.
- Mein/unser Kind darf aus gesundheitlichen Gründen **nicht teilnehmen** am:
- Sport                       \_\_\_\_\_ (anderen Tätigkeit)

Kurzfristige Veränderungen am Gesundheitszustand meines/unseres Kindes werde/n ich/wir sofort mitteilen.

Wir bitten die Eltern dafür Sorge zu tragen, dass der/die TeilnehmerIn dem Wetter entsprechend gekleidet ist! (**Regenjacke, warmen Pulli, festes Schuhwerk**). Falls vorhanden **Kinderschnitzmesser** bitte mitgeben.

Die TeilnehmerInnen müssen nur für ihre Getränke selber sorgen. D.h. Speisen bzw. Mittagessen wird von uns für den Tag gestellt. Frühstück bitte mitgeben.

### Ich bin während der Veranstaltung telefonisch erreichbar unter:

Tel.privat: _____	Tel.dienstlich: _____
Tel.mobil: _____	

Hiermit erklären sich TeilnehmerIn und Erziehungsberechtigte damit einverstanden, dass die während dieser Veranstaltung entstehenden Film- und Photoaufnahmen zum Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit bearbeitet und veröffentlicht werden können!

Wir erheben, verarbeiten und nutzen personenbezogene Daten mittels Datenverarbeitung zur Erfüllung seiner satzungsgemäßen Zwecke und Aufgaben, z.B. der Mitgliederverwaltung und Werbung für zukünftige Aktionen. Es handelt sich insbesondere um folgende Daten: Name und Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum.

Wer mit der Übermittlung der Veröffentlichung seiner Daten (Bilder) nicht einverstanden ist, kann seinen Widerspruch schriftlich an die Adresse [daniel.witt@stadtallendorf.de](mailto:daniel.witt@stadtallendorf.de) erklären. Vollständige Datenschutz-/ Einverständniserklärung gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung zum Downloaden auf der Seite des Jugendzentrums: <http://www.juz-stadtallendorf.de/wp-content/uploads/2018/09/Datenschutz-%20Einverstaendniserklaerung.pdf>

Ich bin mir bewusst, dass die BetreuerInnen nicht für unerlaubte bzw. ordnungswidrige Einzelaktionen der TeilnehmerIn haften. In diesen Fällen entbinde ich Sie durch meine Unterschrift von der Haftung im Rahmen der Aufsichtspflicht! Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Für den Verlust von nicht abgegebenen Wertgegenständen (Handy, MP3-Player, Geldbörse, etc.) trägt der Veranstalter keine Haftung.

35260 Stadtallendorf, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r  
Kindes

Unterschrift des teilnehmenden

## Vereinbarung bezüglich Zeckenbisse

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

- Um das Infektionsrisiko im Falle eines Zeckenbisses so gering wie möglich zu halten, beauftragen wir, die Erziehungsberechtigten, die Leitung oder den/die Betreuer/in unseres Kindes, die Zecke mit einer Zeckenzange zu entfernen und die Einstichstelle zu beobachten. Im Falle einer ringförmigen Rötung bestehe ich auf schnellstmöglichen Arztbesuch.
  
- Die Leitung und der/die Betreuer/in unseres Kindes erhält von mir/uns **KEINE** Erlaubnis eine Zecke zu ziehen, sondern ich/wir bestehe/n auf schnellstmöglichen Arztbesuch. Ich/Wir weiß/wissen aber auch, dass die Infektionszeit dadurch wesentlich verlängert werden kann und ich/wir nehme/n das dadurch entstehende Risiko in Kauf.

**Bitte entsprechend ankreuzen und unterzeichnen.**

Stadtallendorf, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r