HFP 2019

Teilnahmeerlaubnis für

Escape Room 10.10.2019

Erziehungsberechtigte/r		**Name, Vorname des Kindes**	
Straße/Hausnummer:		**35260 Stadtallendorf**	
Telefon:	**Geburtsdatum des Kindes**	**Geburtsland des Kindes**	· **Junge** · **Mädchen**

Mein/ Unser Kind ist gesundheitlich nicht eingeschränkt und darf an allen in der Veranstaltung angebotenen Aktivitäten teilnehmen. *(Bitte ankreuzen!) Ja* · / *Nein* ·

Bemerkung: ……..

Mein/Unser Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen:

(Bitte ankreuzen!) ***Ja*** · ***/ Nein*** ·

Welche: ……Wann:……

Kurzfristige Veränderungen am Gesundheitszustand werde/n ich/wir sofort mitteilen!

Mein/Unser Kind hat eine Allergie: *(Bitte ankreuzen!) Ja* · / *Nein* ·

Welche: ……

Mein/unser Kind hat die Erlaubnis, sich in einer Dreiergruppe, ohne Aufsicht des Betreuers in Rahmen der Veranstaltung (im Gebäude, abgesprochenes Gelände etc.) zu bewegen. ☐ **Ja**

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.

Wir bitten die Eltern dafür Sorge zu tragen, dass der/die TeilnehmerIn **dem Wetter entsprechend** gekleidet ist!**.** Die TeilnehmerInnen müssen nur für ihre Speisen und Getränke selbst sorgen.

Ich bin während der Veranstaltung telefonisch erreichbar unter:

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

Hiermit erklären sich Teilnehmer/-in und Erziehungsberechtigte damit einverstanden, dass die während dieser Veranstaltung entstehenden Film- und Fotoaufnahmen 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 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

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

35260 Stadtallendorf, den_____

_____ _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r Unterschrift des teilnehmenden Kindes