HFP 2019

Teilnahmeerlaubnis für

Ein Jag im Wald 01.10. und 08.10.2018

Erziehungsberechtigte/r Straße/Hausnummer:		Name, Vorname des Kindes 35260 Stadtallendorf	
Stadtjugendpfle Mein /unser	ge Stadtallendorf am 01 Kind ist gesund und leide	Waldtagen des Jugendzenti . und 08.10.2019 teilzune et nicht an gesundheitliche lichen Gründen nicht teiln deren Tätigkeit)	ehmen. en Schäden.
ofort mitteilen. /ir bitten die Eltern (dafür Sorge zu tragen, da	ustand meines/unseres Kind ass der/die TeilnehmerIn de festes Schuhwerk). Falls	em Wetter entsprechen
ofort mitteilen. /ir bitten die Eltern (ekleidet ist! (Regen inderschnitzmess	dafür Sorge zu tragen, da njacke, warmen Pulli, f ser bitte mitgeben.	ass der/die TeilnehmerIn de f estes Schuhwerk). Falls	em Wetter entsprechen vorhanden
ofort mitteilen. /ir bitten die Eltern d ekleidet ist! (Regen inderschnitzmess ie TeilnehmerInnen	dafür Sorge zu tragen, da njacke, warmen Pulli, f ser bitte mitgeben. müssen nur für ihre Get	ass der/die TeilnehmerIn de	em Wetter entsprechen vorhanden peisen bzw.
ofort mitteilen. /ir bitten die Eltern dekleidet ist! (Regeningerschnitzmessie TeilnehmerInnen littagessen wird von	dafür Sorge zu tragen, da	ass der/die TeilnehmerIn de festes Schuhwerk). Falls ränke selber sorgen. D.h. S	em Wetter entsprechen vorhanden peisen bzw.

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 erklären. Vollständige Datenschutz-/ Einverständniserklärung gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung zum Downloaden auf der Seite des Jugendzentrums: http://www.juzstadtallendorf.de/wp-content/uploads/2018/09/Datenschutz-%20Einverstaendniserklaerung.pdf

Ich bin mir bewusst, dass die BetreuerInnen <u>nicht</u> 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
Unterso Kindes	hrift Erziehungsberechtigte/r Unterschrift des teilnehmenden
V	ereinbarung bezüglich Zeckenbisse
Name o	des Kindes:
ha Bo di	m das Infektionsrisiko im Falle eines Zeckenbisses so gering wie möglich zu alten, beauftragen wir, die Erziehungsberechtigten, die Leitung oder den/die etreuer/in unseres Kindes, die Zecke mit einer Zeckenzange zu entfernen und ie Einstichstelle zu beobachten. Im Falle einer ringförmigen Rötung bestehe h auf schnellstmöglichen Arztbesuch.
K so Ir	ie Leitung und der/die Betreuer/in unseres Kindes erhält von mir/uns EINE Erlaubnis eine Zecke zu ziehen, sondern ich/wir bestehe/n auf chnellstmöglichen Arztbesuch. Ich/Wir weiß/wissen aber auch, dass die nfektionszeit dadurch wesentlich verlängert werden kann und ich/wir ehme/n das dadurch entstehende Risiko in Kauf.
Bitte ent	sprechend ankreuzen und unterzeichnen.
dtallendor	f, den
erschrift F	Erziehungsberechtigte/r