## Teilnahmeerlaubnis für

Waldtage 13.04-.15.04.2021

Waldtage 13. Erziehungsberechtigte/r		Name, Vorname des Kindes	
Straße/Hausnummer:		35260 Stadtallendorf	
Telefon:	Geburtsdatum des Kindes	Geburtsland des Kindes	inge ädchen
Stadtallendorf am 1  Mein /unser Kin  Mein/unser Kind  Sport  Stige Veränderunge  Sten die Eltern dafür  Sinjacke, warmen  SilnehmerInnen müs	d ist gesund und leidet nicht dist gesund und leidet nicht darf aus gesundheitlichen Gr  am Gesundheitszustand mer Sorge zu tragen, dass der/die Pulli, festes Schuhwerk). Fissen nur für ihre Getränke selb	an gesundheitlichen Schäden. ünden <b>nicht teilnehmen</b> am:	ch/wir sofort mitteilen. tsprechend gekleidet ist! t <b>messer</b> bitte mitgeben.
ag gestellt. Frühstüd Ich bin währe Tel.privat:	-	telefonisch erreichbar ( Tel.dienstlich:	unter:
Tel.mobil:		rei.dienstrich:	
staltung entstehenden entlicht werden könner neben, verarbeiten und gsgemäßen Zwecke u t sich insbesondere u it der Übermittlung de ich an die Adresse da der EU-Datenschutze	Film- und Photoaufnahmen zumn! d nutzen personenbezogene Date und Aufgaben, z.B. der Mitglieden m folgende Daten: Name und Ans r Veröffentlichung seiner Daten (E niel.witt@stadtallendorf.de erkläre	e damit einverstanden, dass die wä Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit b en mittels Datenverarbeitung zur E verwaltung und Werbung für zukür schrift, Telefonnummer, Geburtsda Bilder) nicht einverstanden ist, kani en. Vollständige Datenschutz-/ Ein en auf der Seite des Jugendzentrui 2020.pdf	rearbeitet und rfüllung seiner nftige Aktionen. Es atum. n seinen Widerspruch verständniserklärung
ehmerIn haften. 1	In diesen Fällen entbinde	für unerlaubte bzw. ordnung ich Sie durch meine Unters hrift versichere ich, dass all	schrift von der Haftur
en Verlust von nic nstalter keine Haft		nständen (Handy, MP3-Playe	r, Geldbörse, etc.) trä
und der aktuellen	Lage kann es zu kurzfristig	en Änderungen im Ablauf de	er Waldtage kommen.
35260 Stadtal	lendorf, den		
Unterschrift Erzi	ehungsberechtigte/r	Unterschrift des te Kindes	eilnehmenden

## Vereinbarung bezüglich Zeckenbisse

Nam	ne 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 <b>KEINE</b> 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.
Stadtallen	dorf, den
Unterschr	ift Erziehungsberechtigte/r