

# Teilnahmeerlaubnis

Bienen AG

Bitte in Druckbuchstaben und vollständig ausfüllen!

Erziehungsberechtigte/r:	Name des Teilnehmers: (Name, Vorname)
Straße:	<b>35260 Stadtallendorf</b>
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.

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>

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

Stadtallendorf, den .....2023	..... Unterschrift Erziehungsberechtigte/r	..... Unterschrift Teilnehmer
-------------------------------	---	----------------------------------