

Anmeldebogen für die Seedorf Freizeit vom 20.-26.7.2024

Liebe Eltern, liebe*r Teilnehmer*innen,

für oben genannte Veranstaltung benötigen wir die schriftliche Anmeldung des/der Teilnehmers/Teilnehmerin, wenn er/sie unter 18 Jahre alt ist zusammen mit Unterschrift der Sorgeberechtigten.

Um die Aufsicht über Ihre Tochter/Ihren Sohn bestmöglich wahrnehmen zu können, benötigen wir konkrete Informationen von Ihnen und Ihre Einwilligung zu den unten aufgeführten Erklärungen. Wir bitten Sie daher dieses Dokument vollständig und sorgfältig auszufüllen. Der Veranstalter sichert Ihnen den vertrauensvollen Umgang mit den Informationen zu und verpflichtet sich zur Einhaltung des Datenschutzgesetzes.

Teilnehmer*in

Familienname/Vorname:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

weiblich

männlich

Die erhobenen personenbezogene Daten (wie Name, Anschrift oder E-Mail Adresse) werden ohne Ihre ausdrückliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben. Sie stimmen hiermit ausdrücklich der Weitergabe dieser Daten an öffentlich-rechtliche Körperschaften des Bundes und der Länder zu Zwecken der Einwerbung von Zuschüssen zu. Wir erheben, verarbeiten und nutzen personenbezogene Daten soweit dies erforderlich ist, ausschließlich für die folgenden Zwecke: Werbung für Angebote des Veranstalters, Einwerbung von Zuschüssen von öffentlich-rechtlichen Körperschaften des Bundes und der Länder und kircheninterne Kommunikation. Sämtliche personenbezogenen Daten werden nur solange gespeichert wie dies für den genannten Zweck erforderlich ist. Hierbei werden steuer- und handelsrechtliche Aufbewahrungsfristen berücksichtigt.

Hiermit melden wir unsere Tochter/unseren Sohn verbindlich zur oben genannten Veranstaltung an.

Information: Die Anmeldung ist verbindlich, sobald sie schriftlich beim Veranstalter eingeht! Zusammen mit der Anmeldung ist eine Anzahlung in Höhe von 50% des Teilnahmebeitrags auf das Konto des Veranstalters zu leisten.

Der Gesamtbeitrag beträgt 170€.

Ev.-Luth. KK Lübeck-Lauenburg, Treuhandkonto Laurentius Sparkasse zu Lübeck

IBAN: DE 24 2305 2750 0081 7635 91

BIC: NOLADE21RZB

Verwendungszweck: Seedorf, Name des Teilnehmers

Erreichbarkeit der/des Sorgeberechtigten während der Veranstaltung:

Familienname/Vorname:

Straße/Hausnummer:

PLZ & Ort:

Telefon (Festnetz/Mobil):

E-Mail der Sorgeberechtigten:

Informationen und Einwilligungen des/der Sorgeberechtigten an den Veranstalter

1.) Wir nehmen davon Kenntnis, dass der Veranstalter keine Haftung für abhanden gekommene, beschädigte oder verlorene Gegenstände übernimmt, die unserer Tochter/unserem Sohn oder einem Dritten gehören, es sei denn, dass dem Veranstalter ein Verschulden anzulasten ist.

2.) Wir erteilen mit unserer Unterschrift die ausdrückliche, jederzeit widerrufliche, ansonsten jedoch unbefristete Zustimmung zur Verwendung von Bildern (und Videos), auf denen unsere Tochter/unsere Sohn abgebildet ist.

Information: Während der Veranstaltung werden Fotos (und teilweise auch Videos) gemacht, auf denen ggf. auch Ihre Tochter/Ihr Sohn zu sehen ist. Manche dieser Fotos werden vom Veranstalter in seinen Publikationen (z.B. Gemeindebrief, Homepage, Social-Media, Whatsapp) verwendet. Der Veranstalter wählt die Fotos und Videos sorgfältig und gewissenhaft aus. Im Falle des Widerrufs dürfen die Bilder zukünftig nicht mehr für die oben genannten Zwecke verwendet werden und sind vom Veranstalter unverzüglich aus den oben genannten Plattformen zu löschen.

3.) Unsere Tochter/unsere Sohn darf unter Aufsicht in einer öffentlichen Badeanstalt oder an Stellen, an denen das Baden allgemein zulässig ist, baden

Ja Nein

und besitzt mindestens das Freischwimmer-Abzeichen.

Ja Nein

4.) Wir versichern, dass unsere Tochter/unsere Sohn frei von ansteckenden Krankheiten und frei von Ungeziefer (z.B. Kopfläusen, Flöhen) ist bzw. zur Veranstaltung kommt. Sie/er leidet nicht unter gesundheitlichen Schäden, die das Baden, das Wandern oder andere sportliche Aktivitäten verbieten.

Ja Nein

5.) Unsere Tochter/ unser Sohn leidet unter folgenden Beschwerden (wie z. B. Allergien, Lebensmittelunverträglichkeiten, ...) und muss dazu folgende Medikamente in der angegebenen Dosierung einnehmen:

Art der Beschwerden:	
Medikamente:	Dosierung:

- Unsere Tochter/ unser Sohn nimmt die Medikamente eigenständig ein.
- Die Einnahme der Medikamente soll von Mitarbeiter_innen kontrolliert werden.

6.) Wir sind damit einverstanden, dass ein/eine Mitarbeiter_in eine Zecke bei unser Tochter/ unserem Sohn entfernen darf.

Information: Kreuzen sie „Nein“ an, dann gehen die Mitarbeiter_innen des Veranstalters mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn zu einer Ärztin/einem Arzt oder ins Krankenhaus. Bei allen anderen kleineren und größeren gesundheitlichen Problemen wird vor Ort eine Ärztin/einen Arzt/ein Krankenhaus aufgesucht. Bei größeren gesundheitlichen Problemen nimmt der Veranstalter auf jeden Fall Kontakt mit Ihnen auf.

- Ja** **Nein**

7.) Weitere wichtige Informationen über unsere Tochter/ unseren Sohn, die dem Veranstalter bekannt sein sollten:

8.) Unsere Tochter/ unser Sohn muss/möchte während der Dauer der Veranstaltung

- vegetarisch** **vegan** **glutenfrei** **lactosefrei** _____

essen.

Ort und Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten

Ort und Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten