

Datum:

Veranstaltungstitel

Teilnahme- und Einverständniserklärung

Tragen Sie hier bitte Ihren Namen und Ihre Adresse ein:

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass meine Tochter / mein Sohn

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Krankenversicherung: _____

an der von der Jugendpflege des Fleckens Delligsen angebotenen Veranstaltung teilnimmt.

Mir / uns ist bekannt, dass die Jugendpflege keine Haftung für Unfälle oder für evtl. verlorene Wertsachen übernimmt!

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass mein/e bzw. unser/e Tochter/Sohn bei einem Unfall von einem Arzt oder in einem Krankenhaus behandelt wird.
Krankenversicherungskarte mitnehmen!

Mein Kind hat folgende Allergien, chronische Erkrankungen oder Ähnliches:

Bitte ankreuzen:

Mein Kind darf sich

- ☐ allein
- ☐ in kleinen Gruppen
- ☐ nicht ohne Aufsicht bewegen.

Die Teilnehmer sollten € als Unkostenbeitrag mitbringen.

Einverständniserklärung Foto und Film

Wir/ Ich erkläre(n) uns/ mich damit einverstanden, dass unsere Tochter / unser Sohn von den Mitarbeiterinnen der Projekt Begegnung gGmbH im Rahmen der Aktion fotografiert und gefilmt werden dürfen. Die Aufnahmen werden ausschließlich für Pressearbeit und zu Werbezwecken im Sinne der Kinder- und Jugendarbeit des Fleckens Delligsen verwendet.

Ich / Wir stimme/n zu ☐

Ich / Wir stimme/n nicht zu ☐

Wann:

Wo:

Kosten:

mitbringen:

Ort, Datum

Unterschrift