

Anlage Einverständniserklärung

Medienwerkstatt Wismar im Filmbüro MV
Träger: Mecklenburg Vorpommern Film e.V.
Bgm.-Haupt-Straße 51
23966 Wismar

Ansprechpartner
Herr Andros Schakau
Tel. (0176) 618 11 839
Telefax (03841) 618-109
andros.schakau@filmbuero-mvde

Einverständniserklärung

für die Teilnahme an der Veranstaltung „medienpädagogisches Feriencamp“ vom 08. bis 12. Oktober 2018 im Filmbüro MV und der Jugendherberge Wismar.

Teilnehmer/in

Vor- u. Zuname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon Teilnehmer: _____ (mobil)

_____ (Festnetz)

E-Mail Teilnehmer/in: _____

Erreichbarkeit der Erziehungsberechtigten:

Vor- u. Zuname: _____

Anschrift (falls abweichend): _____

Telefon Eltern: _____ (mobil)

_____ (Festnetz)

E-Mail Eltern: _____

Mit Teilnahme meines Sohnes/meiner Tochter an der eingangs genannten Veranstaltung bin ich einverstanden. Ferner ist mir bekannt, dass bei groben Vergehen oder Zuwiderhandlungen meines Sohnes/meiner Tochter, die zu Schäden führen, die Kosten von mir übernommen werden müssen. Für diese Fälle (groben Vergehen oder Zuwiderhandlungen), in denen mein Sohn/meine Tochter in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit der Veranstaltung entweder einen Schaden erleidet oder Dritten einen Schaden zufügt, stelle ich die Aufsichtsperson oder den Veranstalter von der Verantwortung frei. Ich verzichte gegenüber diesen Personen auf jegliche – vertragliche, wie deliktsrechtliche – Ansprüche. Während der Veranstaltung sind die Teilnehmer/innen über die eigene gesetzliche Haftpflicht und Krankenversicherung der Eltern versichert.

Für eventuell auftretende Erkrankungen bzw. Unfälle sind folgende Angaben wichtig:

Ich bin damit einverstanden, dass ärztliche Maßnahmen, wie lebensrettende Operationen oder Schutzimpfungen, die von einem hinzugezogenen Arzt für dringend erforderlich gehalten werden, an meinem Sohn/meiner Tochter vorgenommen werden dürfen. ja nein

Tetanusschutzimpfung vorhanden ja nein

Bei meinem Sohn/meiner Tochter ist folgendes zu beachten (besondere Verpflegung, Allergien, Krankheiten oder ähnliches):

Mein Sohn/meine Tochter muss folgende Medikamente nehmen:
(Beipackzettel bitte beifügen)

Ich erteile meinem Sohn/meiner Tochter eine Baderlaubnis ja nein

Ich bin einverstanden, dass die im Rahmen der Veranstaltung entstandenen Ergebnisse (z.B. Bilder/Videos) für nichtkommerzielle Zwecke im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Filmbüro MV und den Förderern (Print, DVD, TV, Internet) sowie für Festivaleinreichungen verwendet werden. Unsere Datenschutzhinweise stehen für Sie bereit unter:
<https://www.filmbuero-mv.de/de/start/datenschutzhinweise>

Ort, Datum

Unterschrift
Erziehungsberechtigte(r)

Für den/die Teilnehmer/in: Ich werde mich an die Jugendschutzbestimmungen halten.

Ort, Datum

Unterschrift
Teilnehmer/in