

**Filmbüro MV**  
Mecklenburg Vorpommern Film e.V.  
Bgm.-Haupt-Straße 51/53  
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 24. bis 28. Juli 2017 im Filmbüro MV.

Teilnehmer/in  
Vor- u. Zuname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon Teilnehmer: \_\_\_\_\_ (mobil)  
\_\_\_\_\_ (Festnetz)

E-Mail Teilnehmer: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit der Erziehungsberechtigten

Vor- u. Zuname: \_\_\_\_\_

Anschrift (falls abweichend): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon Eltern: \_\_\_\_\_ (mobil)  
\_\_\_\_\_ (Festnetz)

E-Mail Eltern: \_\_\_\_\_

Mit Teilnahme meines Sohnes/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 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 hinzu gezogenen 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 bin einverstanden, dass die im Rahmen der Medienaktivtage entstandenen Ergebnisse (z.B. Bilder/Videos) für **nichtkommerzielle Zwecke im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit** der Medienwerkstatt und den Förderern (Print, DVD, TV, Internet) sowie für Festivaleinreichungen verwendet werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift  
Erziehungsberechtigte(r)

Für den/die Teilnehmer/in:

Ich werde mich an die Jugendschutzbestimmungen halten.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift  
Teilnehmer/in