

## 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 „**medienpädagogische Ferienwoche**“  
vom 09. Februar bis 13. Februar 2015 im Filmbüro MV.

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

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ (Handy)

\_\_\_\_\_ (Festnetz)

Mail \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit der Erziehungsberechtigten, wenn abweichend von oben:

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

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

Telefon: \_\_\_\_\_ (Handy)

\_\_\_\_\_ (Festnetz)

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.

Den Teilnehmerbeitrag werde ich auf das unten genannte Konto überweisen:

*Kontoinhaber: Mecklenburg Vorpommern Film e.V.*  
*IBA: DE20 140 510 00 100 00 60 507*  
*BIC: NOLADE21WIS*  
*Betrag: 225 EURO*  
*Bank Sparkasse Mecklenburg-Nordwest*  
*Verwendung: Medienwoche, Name des Kindes*

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.      o ja                      o nein

Tetanusschutzimpfung vorhanden                                      o ja                      o 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)

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift  
Erziehungsberechtigte(r)

Für den/die Teilnehmer/in:

Ich werde mich an die Jugendschutzbestimmungen halten.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift  
Teilnehmer/in