

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 13. Februar bis 17. Februar 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 (grobe 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: 235 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. 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