

## Filmbüro MV

Mecklenburg Vorpommern Film e.V.  
Bgm.-Haupt-Straße 51/53  
23966 Wismar

Ansprechpartner  
Herr Andros Schakau  
Tel. (0178) 280 41 55  
Telefax (03841) 618-109  
andros.schakau@filmbuero-mvde



# Einverständniserklärung

für die Teilnahme an der Veranstaltung „**medienpädagogische Ferienaktionstage**“  
vom 04. Februar bis 06. Februar 2013 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 (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.  
*Konto-Nr.* 1000060507  
*BLZ* 14051000  
*Betrag:* 88,50 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)

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift  
Erziehungsberechtigte(r)

Für den/die Teilnehmer/in:

Ich werde mich an die Jugendschutzbestimmungen halten.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift  
Teilnehmer/in