**TEILNAHMERÜCKMELDUNG**

**Anmeldung bitte zurück an Johanna Wenz:**

**Johanna.Wenz@thw-jugend-bayern.de**

**Titel der Veranstaltung:**

Anmeldung: **(Bitte leserlich ausfüllen!)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | Geburtsdatum: |  |
| Straße: |  | PLZ / Ort: |  |
| Handynummer: |  | Email-Adresse: |  |
| Ortsjugend: |  | Funktion: |  |

Lebensmittelbesonderheiten:

vegetarisch  vegan  Allergien/Unverträglichkeiten:

Einwilligung in Teilnahmebedingungen und Datenschutzhinweise

Ich habe die Teilnahmebedingungen inklusive der Datenschutzhinweise (insbesondere Punkt 14 mit der Einwilligung zur Veröffentlichung von Bild-, Ton- und Filmaufnahmen) gelesen und willige in diese ein für die Veröffentlichung

in Printmedien  auf facebook

auf Webangeboten (wie Homepage)  auf instagram

Datum Unterschrift Ortsjugendleiter/in zur Kenntnis

**Für die Sorgeberechtigten – bitte für alle unter 18-Jährigen ausfüllen**

Hiermit melde ich mein Kind zur oben genannten Maßnahme an.

Es ist mir bewusst, dass die An- und Abreise eigenverantwortlich zu organisieren sind und die Verantwortung der THW-Jugend Bayern erst bei Ankunft am Veranstaltungsort beginnt bzw. bei der Abreise endet.

Ich bin einverstanden, dass sich mein Kind, mit Genehmigung des Betreuers / der Betreuerin, zeitlich und räumlich begrenzt, von der Gruppe entfernt (z.B. bei Geländespielen, Stadtspielen).

Einwilligung in Teilnahmebedingungen und Datenschutzhinweise

Ich habe die Teilnahmebedingungen inklusive der Datenschutzhinweise (insbesondere Punkt 14 mit der Einwilligung zur Veröffentlichung von Bild-, Ton- und Filmaufnahmen) gelesen und willige in diese ein für die Veröffentlichung

in Printmedien  auf facebook

auf Webangeboten (wie Homepage)  auf instagram

Bei meinem Kind bestehen folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen:

Asthma  Epilepsie  Diabetes  Herz-Kreislauf-Erkrankungen  Allergien

Verletzungen des Bewegungs-/Stützapparates  Andere:

regelmäßig einzunehmende Medikamente: wenn ja, welche

**Angaben zu den** **Sorgeberechtigten – Wie können wir Sie in Notfällen erreichen?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname: |  |
| Tel. privat: |  | Handy: |  |
| Name: |  | Vorname: |  |
| Tel. privat: |  | Handy: |  |

Datum Unterschrift d. Sorgeberechtigten

\_