**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

\_