THW-Jugend Bayern e.V.

Landesgeschäftsstelle

Anmeldung bitte zurück an Johanna Wenz : Johanna.Wenz@thw.de

Ich nehme teil am …

☐ **Jugendsprecherinnen_forum** (23.11.2019)
☐ **Jugendsprecherinnenforum + Skills für Jugendsprecher_innen** (22.-24.11.2019)

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