

ARTHUR BOSKAMP-STIFTUNG M.1 HOHENLOCKSTEDT

BREITE STRASSE 18 / 25551 HOHENLOCKSTEDT / TEL +49 (0)4826 85 01 10 / FAX +49 (0)4826 85 01 11
INFO@ARTHURBOSKAMP-STIFTUNG.DE / WWW.M1-HOHENLOCKSTEDT.DE

Anmeldung

für die Veranstaltung/Veranstaltungsreihe _____ (Titel bitte eintragen)
vom _____ bis _____ (Datum bitte eintragen). Die ausgefüllte Anmeldung
kann zum ersten Termin mitgebracht werden.

Angaben des/der Teilnehmer*in

Name und Vorname des/der Teilnehmer*in

Geburtsdatum

Telefonnummer Mobil und E-Mail-Adresse (falls vorhanden)

Angaben der Eltern/Erziehungsberechtigten

Name und Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Die Mobilnummer darf ggf.
für die Kommunikation über
Messengerdienste genutzt
werden

TEL: Festnetz

Mobil

SMS
 WhatsApp
 Telegram

E-Mail-Adresse

Name und Telefonnummer für den Notfall

Hinweis zum Datenschutz

Daten, wie E-Mail-Adressen und Telefonnummern, werden ausschließlich für die Korrespondenz mit den Kindern/Jugendlichen bzw. mit den Erziehungsberechtigten verwendet, nicht veröffentlicht und nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden in Form von Teilnehmer*innenlisten bei der Arthur Boskamp-Stiftung gespeichert.

Name und Vorname des/der Teilnehmer*in

- Die „**Einwilligung zur Verwendung von Personenabbildungen**“ haben sowohl Sie als auch Ihr Kind erhalten, gelesen, unterschrieben und dieser Anmeldung beigefügt.

Bei Bestätigung der Anmeldung seitens der Arthur Boskamp-Stiftung wird die Anmeldung für beide Parteien verbindlich. Es fallen keine Anmeldegebühren an.

Wir weisen darauf hin, dass wir Ihr Kind im Falle eines Unfalls oder Notfalls von einem Arzt behandeln lassen, wenn wir dies für erforderlich halten. Über die Art der Behandlung, wie etwa Medikamente, Injektion, Infusionen etc. entscheidet der behandelnde Arzt. Wir weisen abschließend darauf hin, dass Sie durch Ihre Unterschrift bestätigen, dass Sie mit dieser Regelung einverstanden sind und dass die von Ihnen gemachten Angaben in dieser Anmeldung wahrheitsgemäß und verbindlich sind.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer*in

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r

Einwilligung zur Verwendung von Personenabbildungen und personenbezogenen Daten von Kindern und Jugendlichen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die während der o.g. Veranstaltung/Veranstaltungsreihe von den Kindern/Jugendlichen erstellten medialen und künstlerischen Produkte sowie im Rahmen des Projekts entstandene Personenabbildungen (Fotos/Videos auf denen Ihr Kind zu sehen und individuell erkennbar ist)

- im Rahmen der Pressearbeit der Stiftung (z.B. Pressemitteilung, Newsletter, Werbung für künftige Veranstaltungen etc.) aufbereitet, weitergegeben und ggf. von diesen Medien veröffentlicht werden.
- auf Internetseiten und den Social Media Profilen (Facebook, Instagram, Vimeo, YouTube) der Stiftung veröffentlicht werden.
- anlassbezogen auf elektronischem Weg (z.B. Mail, Dropbox, WeTransfer etc.) an die Eltern und die Teilnehmer*innen der Aktion gesendet werden.
- in geschlossenen Nutzergruppen sozialer Netzwerke (z.B. WhatsApp) an die jeweiligen Teilnehmer*innen weitergeleitet werden.
- in projektbezogenen Veröffentlichungen im Internet, in Büchern und Fachzeitschriften oder mittels Datenträgern (CD, DVD o.ä.) verwendet werden.
- zu Dokumentationszwecken aufbereitet und öffentlich zugänglich gemacht werden (z.B. Abschlusspräsentation eines Projekts, Präsentation eines Dokumentationsfilms auf einer Tagung).

Uns ist es ein Anliegen in allen Veröffentlichungen nur Fotos und Videos zu verwenden, die die Würde der abgebildeten Personen achten. Wir verpflichten uns Fotos und Videos sorgfältig und gewissenhaft auszuwählen.

Die Einwilligung ist freiwillig und kann von Ihnen jederzeit ohne Angabe von Gründen – auch nur teilweise – widerrufen werden, dies gilt dann für die Zukunft und nicht für bereits veröffentlichte/verwendete Fotos und Videos. Soweit diese Einwilligung nicht widerrufen wird, gilt sie zeitlich unbeschränkt. **Eine Teilnahme an der o.g. Veranstaltung/Veranstaltungsreihe ist selbstverständlich auch möglich, wenn die Einwilligung nicht unterschrieben wird.** D.h. aus der Verweigerung der Einwilligung oder Ihrem Widerruf entstehen weder Ihnen, noch ggf. Ihrem Kind irgendwelche Nachteile.

Name, Vorname Teilnehmer*in

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

Unterschrift des/der Minderjährigen
(ab 14 Jahren)

Bitte kontaktieren Sie uns, wenn Sie Fragen haben:

Claudia Dorf Müller
Leiterin Lokalprogramm
cd@arthurboskamp-stiftung.de
04826 850 110

M.1 Arthur Boskamp-Stiftung
Breite Str. 18
25551 Hohenlockstedt
www.m1-hohenlockstedt.de