EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG SEMINARTEILNAHME Herz über Kopf – MUTCAMP 2020

Name und Vorname (Erziehungsberechtigte/r):_____
Straße, Hausnummer _____
Postleitzahl, Ort: ___|___|___|___|___| _____
Telefonnummer: ___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|__ (am besten Mobil-Nr.)
E-Mail: _____

Wir/Ich sind/bin damit einverstanden, dass unser/e Sohn/Tochter Name, Vorname: _____(Name in Druckbuchstaben) Geboren am: ___|___|___|___|___|___|___|___| (TT/MM/JJJJ) in der Zeit vom 25.01.2020 10:00 Uhr bis 26.01.2020 15:00 Uhr selbständig und ohne Aufsicht an dem Seminar Herz über Kopf – MUTCAMP 2020 in Frankfurt am Main teilnimmt.

O Vegetarier/in O Allergien:_____ O Sonstiges:_____

- Er/Sie organisiert die An- und Abreise selbstständig und darf sich allein (nach vorheriger Abmeldung) von der Gruppe und vom Veranstaltungsort entfernen.
- Uns/Mir ist bekannt, dass eine Betreuung durch das Herz-über-Kopf-Team erst ab dem Eintreffen am Veranstaltungsort und nur dort bis zur Abreise gewährleistet wird.
- Uns/Mir ist bekannt, dass wir/ich für Schäden, die durch Verstöße gegen die vor Ort festgelegten Regeln oder Anordnungen der Leitenden auftreten, in vollem Umfange haften müssen/muss, soweit diese grobfahrlässig oder vorsätzlich durch meinen Sohn/meine Tochter herbeigeführt wurden.
- Uns/Mir ist bekannt, dass während der Veranstaltung Foto-Video-und/ oder Tonaufnahmen gefertigt werden. Hiermit erkläre(n) wir/ich uns/mich damit einverstanden, dass diese für die Öffentlichkeitsarbeit von Herz über Kopf verwendet werden. Herz über Kopf erhält die Rechte an den Aufnahmen uneingeschränkt, auch für eine wiederholte Verwertung durch alle bekannten Nutzungsarten, Publikations-, Veröffentlichungs- und Rundfunkzwecke, in Online-Diensten (Internet), sowie Vorführ-und audiovisuelle Zwecke. Ich habe die Bild- und Tonrechte mit meinem Sohn/ meiner Tochter besprochen.
- Wir/Ich erkläre/n, dass unser/e Sohn/Tochter frei von ansteckenden Krankheiten ist und keine Bedenken gegen eine Teilnahme an der o. g. Veranstaltung bestehen.
- Wir/Ich versichern/versichere, dass für meinen Sohn/ meine Tochter ein ausreichender Krankenversicherungsschutz besteht.

Diese Einverständniserklärung ist bis auf Widerruf gültig.

_____
Ort, Datum (Unterschriften der Erziehungsberechtigten)

Diese Einverständniserklärung oder eine Kopie davon ist zum Seminarbeginn/ bei der Anmeldung vor Ort vorzuzeigen.