Deutscher Schützenbund e.V.

Christine Vogel

Lahnstr. 120

# 65195 Wiesbaden-Klarenthal

# Tel.: 0611-46807-441 Fax: 0611-46807-449

E-Mail: vogel@dsb.de

# V E R B I N D L I C H E A N M E L D U N G

|  |  |
| --- | --- |
| Lehrgang: |  |
| Lehrgangsnummer: |  |
| Datum: |  |
| Vor- und Nachname: |  |
| Tel. dienstlich/privat/mobil: |  |
| E-Mail: |  |
| Disziplin: |  |
|  |  |
| Anreise zum Lehrgang: | Ca. ………………Uhr |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG für den Lehrgang:**

**A Minderjährige Teilnehmer/in**

Mein/Unser Kind ist gesund und **frei von ansteckenden Krankheiten**. ja

Bitte angeben, ob Allergien oder **Medikamentenunverträglichkeiten** bestehen oder sonstige Hinweise, beispielsweise bezüglich der Ernährung (Diabetes, Vegetarier/in etc.) zu beachten sind.

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Letzte Tetanus – Schutzimpfung am:** |  |

Ich/wir erkläre/n mich/uns hiermit einverstanden, dass sich mein/unser Kind an allen gemeinsamen, offiziellen Veranstaltungen (Wanderungen, Ausfahrten, Spiele) im Rahmen der Jugendbegegnung beteiligt; auch am Baden und Schwimmen.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Mein/unser Kind ist: | Nichtschwimmer | Freischwimmer | Fahrtenschwimmer | Rettungsschwimmer |

* mein/unser Kind kann sich während der üblichen Freizeit *(das sind Zeiten, in denen keine gemeinsamen Veranstaltungen der Gruppe stattfinden)* nach jeweiliger Überprüfung und im Einverständnis mit dem Betreuer von der Gruppe entfernen darf.

**Ja**  **nein**

* Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei einem Zeckenbefall meines Kindes:

das Freizeitbetreuerteam unmittelbar die Zecke entfernt.

**Ja**  **nein**

* Ich gebe mein Einverständnis, dass meine Telefonnummer sowie das Geburtsdatum in einer Teilnehmerliste veröffentlicht werden

**Ja**  **nein**

* Ich stimme der Veröffentlichung von Bildern und Namen in Print- und Telemedien sowie elektronischen Medien zu, soweit dies den satzungsgemäßen Aufgaben und Zwecken des Deutschen Schützenbundes entspricht.

**Ja**  **nein**

* Mit der Unterschrift erkenne/n ich/wir die ALLGEMEINEN TEILNAHMEBEDINGUNGEN für Freizeit-Lehrgänge der Deutschen Schützenjugend und des Deutschen Schützenbundes an.

|  |
| --- |
| Ort/ Datum Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten |