

# Anmeldung (Für alle Freizeiten)



ev. Kirchengemeinde Osterath

Alte Poststraße 15

D 40670 Meerbusch

Telefon: 02159 912386

## Daten

Hier melde ich mich/meinen Sohn/meine Tochter

Name des Teilnehmers

Geburtsdatum

.....

.....

für die Freizeit nach

..... an.

Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

.....

Handynummer des Teilnehmers .....

Handynummer der Sorgeberechtigten .....

E-Mail Adresse der Sorgeberechtigten .....

## Besondere Angaben zum Kind

Mein Kind darf an folgenden Aktivitäten teilnehmen:

Kanu fahren

Canyoning

Henna Tattoos

Mein Kind kann schwimmen

ja  nein

Mein Kind hat folgendes Schwimmabzeichen .....

Mein Kind darf, nach vorheriger Absprache mit einem Betreuer, alleine im Meer schwimmen (nur Frankreichfahrt)

ja  nein

Mein Kind ist Bettnässer ja O nein O

Mein Kind ist gegen Wundstarrkrampf geimpft worden ja O am..... nein O

Mein Kind hat folgende Behinderung .....

Mein Kind ist Vegetarier ja O nein O

Mein Kind ist Veganer ja O nein O

Mein Kind ist haftpflichtsversichert bei .....

Sonstiges .....

Die Betreuer dürfen meinem Kind folgende leichte Medikamente verabreichen

Kopfschmerztabletten O Sportgel/-Salbe O Wund-/Heilsalbe O

Sonnenbrandgel O Insektengel O Hautdesinfektionsmittel O

Ich bin damit einverstanden, dass ärztliche Maßnahmen, wie lebensrettende Operationen, Transfusionen oder Impfungen, die vom Arzt am Urlaubsort für dringend erforderlich gehalten werden, bei meinem Kind vorgenommen werden dürfen.

**Mit der Unterschrift werden unsere „Allgemeinen Fahrtbedingungen“ anerkannt. Mit dieser Anmeldung müssen gleichzeitig unsere Datenschutzerklärung und der Gesundheitsbogen unterschrieben abgegeben werden.**

.....

(Ort) (Datum) (Unterschriften der Sorgeberechtigten)

### **Einwilligung gem. § 11 DSGVO, zur Verwendung persönlicher Daten**

Im Rahmen der öffentlichen Kinder- und Jugendarbeit in der Ev. Kirchengemeinde Osterath (KATAKOMBE) erheben wir verschiedene Daten, ohne die unsere Arbeit leider nicht im vollständigen Rahmen möglich wäre.

Für die Erhebung dieser Daten benötigen wir eine Einwilligung der betreffenden Personen. Bei Minderjährigen (unter 14 Jahren) müssen die Eltern/die Personensorgeberechtigten zustimmen. Bei Teilnehmern/innen ab 14 Jahren ist lediglich die Einwilligung der Teilnehmer/innen selbst zu geben. Aus diesen Gründen bitten wir im Folgenden um diese benötigten Einwilligungen:

Folgende Daten werden von uns gesammelt:

- Vor- und Nachname der Teilnehmer/innen
- Geburtsdaten der Teilnehmer/innen
- Adresse der Teilnehmer/innen
- Telefonnummern der Teilnehmer/innen, Eltern/Personensorgeberechtigten, Aufsichtspersonen (z. B. bei Heimkindern)
- E-Mail-Adressen der Teilnehmer/innen

Die oben genannten, erhobenen Daten werden wie folgt verwendet:

- Speicherung auf den **verschlüsselten** dienstlichen Computern und auf gesicherten Servern der Ev- Kirchengemeinde Osterath.
- Ausdrucke für die interne Ablage in der Verwaltung unseres Jugendzentrums KATAKOMBE bzw. Speicherung einzelner Bilder für das Archiv
- Kontaktaufnahme in Notfällen und/oder in Absprache zur Bekanntmachung von Angeboten und Aktionen
- Weitergabe an Jugendämter zur Beantragung von Zuschüssen
- Weitergabe an Reisebüros, Haus-/Zeltvermieter, Zoll- und Grenzbehörden, sowie an Bus-, Fährunternehmen, Bahn- und Fluggesellschaften

Ihre E-Mail-Adresse nutzen wir nach Einwilligung zur Bekanntmachung von Infos, Angeboten und Aktionen des Jugendzentrums KATAKOMBE.

Ich willige in die Nutzung meiner E-Mail-Adresse zum Zwecke der Bekanntmachung von Infos, Angeboten und Aktionen sowie zur Kontaktaufnahme ein     ja     nein

## Einwilligungserklärung

einer fotografierten Person für die Veröffentlichung von Fotos. Die Fotos dürfen bearbeitet werden.

Die Fotos können anderen Teilnehmern der Veranstaltung, deren Eltern und dem Betreuungsteam zur Verfügung gestellt werden.

Die Fotos können zur Berichterstattung und zu Werbezwecken des Jugendzentrums (Gemeindebrief, Plakat, Flyer, Zeitung), oder zur Veröffentlichung auf Internetseiten des Jugendzentrums KATAKOMBE oder den Seiten des Jugendzentrums in sozialen Netzwerken veröffentlicht werden.

Die Fotos können direkt nach der Veranstaltung und vor der Veröffentlichung eingesehen werden.

**Es werden keine entwürdigenden oder diskriminierenden Fotos veröffentlicht.**

Diese Einwilligung bezieht sich mit den gleichen Bedingungen auf bewegte Bilder.

Ich bin mit den o.g. Veröffentlichungen einverstanden

Ich bin mit den o.g. Veröffentlichungen einverstanden, außer:

---

Mit der Unterzeichnung dieser Erklärung willige ich in die Verwendung der oben genannten Daten und Bildern zu den genannten Zwecken ein.

**Jugendliche ab 14 Jahren können diese Einwilligung allein unterschreiben.**

\_\_\_\_\_  
Nachname des/der Teilnehmers/in                      Vorname des/der Teilnehmers/in                      Geb.-Datum

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit von Ihnen ohne Angabe von Gründen, per E-Mail oder auf dem Postweg, ganz oder teilweise, widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Soweit diese Einwilligung nicht widerrufen wird, gilt sie zeitlich unbegrenzt, d.h. auch über das Ende der Teilnahme hinaus.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten                      Unterschrift des/der Teilnehmer/in

**Ausdrückliche Einwilligung gem. § 13 Abs. 2 Nr. 1  
DSG-EKD, Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO,  
Gesundheitsbogen 2018**

**Um auch eine medizinische Hilfe auf der Freizeit zu gewährleisten willige ich ausdrücklich ein, dass folgenden von mir eingetragenen Gesundheitsdaten meines Kindes verarbeitet werden dürfen.**

**Bitte sorgfältig lesen und von einem Personensorgeberechtigten ausfüllen und unterschreiben lassen!**

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zunamen der Personensorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Telefon Festnetz

\_\_\_\_\_  
Handynummer

**Ich/Wir lasse(n) vor der Freizeit den Impfschutz meiner/unseres Kindes überprüfen. Eine Kopie des Impfbuches sowie - falls vorhanden - des Allergiepasses und die gültige Europäische Krankenversicherungskarte wird der Leitung bei der Abfahrt übergeben.**

Mein/ unser Kind hat folgende Krankheit \_\_\_\_\_ Keine O

Mein/ unser Kind hat folgende Auffälligkeiten \_\_\_\_\_ Keine O

Mein/ unser Kind hatte folgende Operationen \_\_\_\_\_ Keine O

Folgende Infektionskrankheiten sind in den letzten 8 Wochen in der Umgebung meines/unseres Kindes aufgetreten: \_\_\_\_\_ O Keine

Mein/ unser Kind hatte folgende Kinderkrankheiten

Masern O    Mumps O    Windpocken O    Scharlach O    Röteln O    Diphtherie O

Keuchhusten O    Keine O

Mein/ unser Kind hat folgende Allergien/Lebensmittelunverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

# Gesundheitsbogen

---

---

Mein/unser Kind muss folgende Medikamente nehmen:

Keine

**(Bitte hier die genaue Dosis angeben und darauf achten, dass die Medikamente mitgegeben werden!)**

---

---

---

Mein/unser Kind benötigt folgende Hilfsmittel:

Keine

Brille       Zahnsperre       Hörgeräte

sonstiges:

---

Mein/unser Kind darf an allen Sportarten teilnehmen:

Ja

an folgenden Sportarten nicht teilnehmen:

---

Ich willige ausdrücklich und freiwillig ein, dass diese von mir eingetragenen Gesundheitsdaten vom Leitungsteam der Freizeit, zum Wohle meines Kindes verarbeitet werden dürfen.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit per E-Mail oder auf den Postweg widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Eventuelle Kosten der Krankenbehandlung während der Maßnahme bitte(n) ich/wir zu bezahlen. Die Auslagen werden von mir/uns nach Vorlage der Rechnung erstattet.

Sollte(n) ich/wir im Notfall unter den angegebenen Adressen bzw. Telefonnummern nicht erreichbar sein, setzt das Leitungsteam mein/unser Einverständnis für eventuell notwendige ärztliche Maßnahmen (einschließlich Schutzimpfungen) voraus.

**Kurzfristige Änderungen des Gesundheitszustandes, die sich nach Abgabe dieses Gesundheitsbogens ergeben sollten, werde(n) ich/wir dem Leitungsteam sofort mitteilen.**

---

Ort, Datum

Unterschrift der Personensorgeberechtigten