

**Anmeldung zu den Kinderaktionstagen  
vom 23.04. – 27.04.2019 in Aach**



Hiermit melden wir unsere Tochter / unseren Sohn

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Tel:

\_\_\_\_\_  
Email (**bitte zwingend angeben, und deutlich schreiben**)

zu den **Kinderaktionstagen „Geh mit mir nach Afrika – Theaterworkshop“** der Verbandsgemeindeverwaltung Trier-Land verbindlich an.

Während der Maßnahme sind wir notfalls unter folgender Nummer zu erreichen oder bitten darum, folgende Person/-en zu informieren (**max. 2 Rufnummern**):

\_\_\_\_\_  
Name, Telefon (Mobiltelefon)

\_\_\_\_\_  
Name, Telefon (Mobiltelefon)

- Mein Kind leidet an einer Allergie / Krankheit: \_\_\_\_\_
- Er/ sie muss regelmäßig folgende Medikamente nehmen: \_\_\_\_\_
- Er/ sie ist bei folgender Krankenkasse versichert: \_\_\_\_\_
- Der Theaterworkshop beginnt dienstags bis freitags um 9:00 Uhr. Sie haben jedoch die Möglichkeit Ihr Kind bereits ab 8:00 Uhr vorbeizubringen und von uns betreuen zu lassen. Spätestens um 9:00 Uhr sollte Ihr Kind jedoch bei uns sein. Ich bringe mein Kind morgens um \_\_\_\_\_ Uhr.  
Samstags sollte Ihr Kind um 10:30 Uhr da sein. An diesem Tag wird aufgrund der Aufbauarbeiten auch keine frühere Betreuung angeboten.
- Sollte ich nicht erreichbar sein, bin ich mit einer ärztlichen Behandlung meines Kindes bei einem Notfall einverstanden.
- Ich bin mit der Nutzung von Bildmaterial zu jugendpflegerischen Zwecken in den Medien (Trierischer Volksfreund, Amtsblatt der VG Trier-Land, Wochenspiegel, Homepage der VG Trier-Land) ohne Angabe von Namen einverstanden.  
(bitte ankreuzen)       ja       nein
- Ich habe die Allgemeinen Teilnahmebedingungen gelesen und bin damit einverstanden.  
Die Verarbeitung Ihrer und der Teilnehmer\*innen personenbezogenen Daten erfolgt zur Erfüllung des Vertrages, den Sie mit der Anmeldung zur Freizeitmaßnahme mit uns geschlossen haben (Art. 6 Abs. 1 (b) DS-GVO). Die Verarbeitung dient ausschließlich dem Zweck der Planung und Durchführung der Veranstaltung und einer ggfs. notwendigen Kontaktaufnahme der Erziehungsberechtigten. Eine Weitergabe Ihrer Daten erfolgt nicht. Ihre Daten werden für die Dauer der Veranstaltung gespeichert und anschließend gelöscht.

Teilnehmerbeitrag: pro Kind 60,00 €

Zahlung an: Verbandsgemeindekasse Trier-Land

Verwendungszweck: KST 362101 und den Namen des Kindes

Sparkasse Trier, IBAN: DE 36 5855 0130 0000 0008 93, BIC: TRISDE55

- Im Notfall darf mein Kind folgende Medikamente zur Erstversorgung bekommen (**bitte ankreuzen**):

Octenisept	(sanfte Kinder Wunddesinfektion)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Fenistil	(bei Insektenstichen)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Arnica D6	(homöop. Globuli bei stumpfen Verletzungen)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten