

## Einverständniserklärung der Personensorgeberechtigten für minderjährige Teilnehmer an Veranstaltungen

bzw. an: \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_. bis \_\_\_\_\_

Veranstaltungsort: \_\_\_\_\_

Eltern/Personensorgeberechtigte

Name, Vorname:	_____
----------------	-------

Einverständniserklärung, dass mein/unser Kind:

Name, Vorname:	_____
geboren am:	_____
wohnhafte PLZ, Ort:	_____
Straße, Haus-Nr.:	_____

unter folgenden Bedingungen an o. g. Freizeitveranstaltung des ASB-OV Neustadt/Sachsen e.V. teilnehmen darf:

**Bitte Zutreffendes ankreuzen.**

- Genehmigung zur Teilnahme an angebotenen sportlichen Aktivitäten.
- Das Kind **hat keine** gesundheitlichen Beeinträchtigungen und kann somit am Schwimmen oder anderen sportlichen Veranstaltungen teilnehmen.
- Das Kind **ist Schwimmer** und darf ohne Beaufsichtigung im tiefen Wasser schwimmen (*Kopie Schwimmpass erforderlich*).
- Das Kind **ist Nichtschwimmer** und darf sich nicht ohne Beaufsichtigung im tiefen Wasser aufhalten.
- Das Kind darf sich in Kleingruppen ohne Aufsicht von der Gruppe entfernen.
- Das Kind darf fotografiert werden, das Formblatt „Foto- und Videoerlaubnis Kinderbetreuung“ ist beigelegt.
- Meine Tochter/mein Sohn leidet an gesundheitlichen Einschränkungen, die das Schwimmen oder eine andere sportliche Betätigung verbieten. (z. Bsp.: Asthma, Epilepsie, Allergien).  
Wenn ja,  
welche: \_\_\_\_\_  
Ich erlaube ihm/  
 ihr \_\_\_\_\_

Eltern/Personensorgeberechtigte sind unter folgender Telefonnummer erreichbar:

privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Bei Nichterreichen von Eltern/Personensorgeberechtigten ist die bevollmächtigte Vertretungsperson:

privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Mir/uns ist bekannt, dass für Wertgegenstände jeder Art keine Haftung durch den ASB übernommen wird.

*Nicht bei Schwimmkursen auszufüllen:*

- Das Kind ist Vegetarier oder Ähnliches:  
Das Kind muss Arzneimittel einnehmen. Das vom Arzt ausgefüllte Formular des ASB ist beigefügt (*dazu bitte rechtzeitig das Formular des ASB abfordern und vom Arzt bestätigen lassen*).
- 

Das Kind ist bei folgender Krankenkasse versichert:

- Im Bedarfsfall wird die Versicherungskarte sofort nachgereicht. \_\_\_\_\_
- Die Versicherungskarte wird mitgeführt.
- Bei privater Versicherung: Die Arztrechnung ist auszustellen auf (Name/Anschrift):  
\_\_\_\_\_

Mein Kind darf nach der Veranstaltung selbstständig nach Hause gehen.

- ja
- nein

Im Vorfeld erfolgt eine umfassende Belehrung zum jeweiligen Projekt / zur jeweiligen Veranstaltung durch den Projektleiter. Diese wird protokolliert und von den Teilnehmern unterschrieben.

Sollte das Kind aufgrund grober Verstöße gegen bestehende Gesetze, die Hausordnung oder wegen Gefährdung Anderer oder der Missachtung von Anweisungen der Aufsichtsführenden von der Maßnahme ausgeschlossen werden müssen, erklären wir uns einverstanden, dass

- unser Kind allein die Heimreise antreten darf. Die Kosten der Rückfahrt werden durch mich/uns übernommen und die verantwortliche Person des ASB von der Aufsichtspflicht entbunden.
- wir unser Kind abholen.

Die Teilnahme erfolgt auf eigenes Risiko. Der ASB OV Neustadt/Sachsen e.V. übernimmt keine Haftung.

Ihr Kind ist dann über Ihre private Unfallversicherung versichert. Sollte Ihr Kind einer anderen Person einen Schaden zufügen bzw. Sachbeschädigungen ausführen, tritt Ihre private Haftpflichtversicherung ein. Besteht keine private Unfall- und Haftpflichtversicherung, haften grundsätzlich die Eltern/Personensorgeberechtigten.

Datenschutz

Der ASB OV Neustadt/Sa. e.V. stellt den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten in den Vordergrund seiner Handlungen. Daher behandeln wir Ihre, uns zur Vertragserbringung, zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Datenschutzvorschriften sowie unseren internen Datenschutzrichtlinien. Alle unsere Mitarbeiter sind im Datenschutz unterwiesen und werden regelmäßig belehrt. Die Datenverarbeitung erfolgt in unserem Hause. Im Falle einer notwendigen Auftragsdatenverarbeitung durch Dritte, erfolgt dies auf Basis eines Vertrags, welchen den Verarbeiter auf unsere Datenschutzvorgaben verpflichtet.

Es erfolgt ohne Ihre Zustimmung keine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte. Hiervon unbetroffen sind jedoch Stellen, welchen wir gegenüber gesetzlich verpflichtet sind, die Daten z.B. zur Leistungsabrechnung und Nachweiszwecken zu übertragen.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte/r