



Anmeldebogen für ein Kursangebot im KulturRaum

Ich/wir melden unser Kind für folgenden Kurs an :

Kurstitel:

Kurstermine: vom _____ bis _____

Teilnahmegebühr: Richtsatz (bitte dem Programm entnehmen) _____

Solidarbeitrag : _____

Ermäßigter Beitrag (bitte eine kurze Mail an kulturraum-emmendingen@posteo.de)

Vorname

des Kindes

Familienname

des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Schule und Klasse

Name und Anschrift der/des Erziehungsberechtigten

Telefon tagsüber

Mobilnummer

E-Mailadresse

Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Daten

Mit Anmeldung zu einem Kurs im KulturRaum werden folgende Daten erhoben und gespeichert :

Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des angemeldeten Kindes
Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer und Mailadresse der Eltern
Bankverbindung
Etwaige Besonderheiten(Erkrankungen, Beeinträchtigungen, Allergien)

Der Zweck dieser Datenverarbeitung ist die Verwaltung der Anmeldungen, die Abbuchung des Beitrags und die Durchführung der Kurse. Eine Weitergabe an Dritte findet nicht statt. Die Daten werden nach Beendigung des Kurses, spätestens jedoch nach einem Jahr, gelöscht.

Grundlage ist Art. 6 Abs.lit.b) DSGVO

Ich bestätige das vorstehende zur Kenntnis genommen zu haben und willige ein, dass der Verein KulturRaum e.V. die oben genannten Daten zu meiner Person speichern und verarbeiten darf.

Ort, Datum

Name in Druckschrift und Unterschrift

Ort, Datum

Name in Druckschrift und Unterschrift

Einverständniserklärung

Wir sind einverstanden, dass Fotos, die während des Kurses von unserem Kind/unseren Kindern gemacht werden für die Öffentlichkeitsarbeit des Vereins KulturRaum e.V. verwendet werden dürfen.

Ja

nein

Ort, Datum

Name in Druckschrift und Unterschrift

Merkblatt zur Erstversorgung

Mein Kind _____

darf versorgt werden (Zutreffendes bitte ankreuzen) :

- Spreißel entfernen
- Zecke entfernen
- bei Verstauchung, Pellung : Traumeelsalbenverband anlegen
- bei Schürfwunden : säubern und desinfizieren und Pflaster anlegen
- Bienen- Wespenstich versorgen : Zwiebel bzw. Salbe
- zur Schockmilderung Gabe von Bachblüten Rescue Remedy Tropfen
- Tetanusimpfung liegt vor ja nein

Bei meinem Kind ist Folgendes zu beachten : (Beeinträchtigungen, 1:1 Begleitung, Ernährung, Allergien, Medikamente,.....) Gerne auf einem gesonderten Blatt.

Sorgeberechtigt :

_____	_____	_____	_____	_____
Beide Eltern	Mutter	Vater	Datum	Unterschrift
			_____	_____
			Datum	Unterschrift

Einzugsermächtigung Kurs KulturRaum e.V. _____ (Titel)

von _____ bis _____ (Bitte Daten angeben)

- Ich willige ein, dass der Beitrag von _____ vor Kursbeginn von meinem Konto

IBAN _____

bei _____ Kontoinhaber/in _____

eingezogen wird.

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in

Ich möchte über weitere Angebote im KulturRaum e.V. per Mail informiert werden.

Bitte senden an : KulturRaum e.V. , Hochburger Str 25, 79312 Emmendingen
oder per Mail an : kulturraum-emmendingen@posteo.de