

**Einverständniserklärung für die Teilnahme an der „chill-out-wochen“ vom  
25.07.2022 – 29.07.2022; 01.08.2022 – 05.08.22; 29.08.2022 - 02.09.2022  
für minderjährige Teilnehmende**

Verantwortliche Leitungen der Maßnahme sind:

- Tobias Theobald, e-mail: [tobias.theobald@bistum-trier.de](mailto:tobias.theobald@bistum-trier.de)
- Dominic Lück, e-mail: [dominic.lueck@bistum-trier.de](mailto:dominic.lueck@bistum-trier.de)
- Ralf Schneider-Eichhorn, e-mail: [ralf.schneider-eichhorn@bistum-trier.de](mailto:ralf.schneider-eichhorn@bistum-trier.de)

**Hiermit melde ich Personensorgeberechtigte/r meine Tochter / meinen Sohn:**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Straße / PLZ / Ort:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

**geboren am:** \_\_\_\_\_ **zu folgender/n Woche/n der „chill-out-woche“ an:**

**BITTE ANKREUZEN für welche Woche(n) angemeldet wird:**

<b>Chill-out-Woche</b>	<b>X</b>	<b>Betreuung</b>
<b>Ferienwoche 1 25.07.22 – 29.07.22</b>		<b>08:00 – 17:00</b>
<b>Ferienwoche 2 01.08.22 – 05.08.22</b>		<b>08:00 – 17:00</b>
<b>Ferienwoche 6 29.08.22 -02.09.22</b>		<b>08:00 – 17:00</b>

**Ich zahle den Teilnahmebeitrag von 50,00 € und 35 € pro Woche für jedes weitere Geschwisterkind.** (Ermäßigter Beitrag für Familien mit geringem Einkommen möglich !)

Wir sind einverstanden, dass die Leitung bei Bedarf medizinische Behandlungsmaßnahmen für unser Kind veranlasst (durch Vorstellung bei einem Arzt, Ruf des Notarztes, Verabreichung von Medikamenten auf ärztlichen Rat), wenn wir nicht zu erreichen sind.

Wir werden unser Kind darauf hinweisen, dass den Anweisungen der Leitung Folge zu leisten ist. Wir wissen, dass die Leitung und die weiteren Verantwortlichen von Haftungsansprüchen, die aus der Übertragung der Aufsichtspflicht abgeleitet werden, bei Nichtbefolgen der Anweisungen ausgeschlossen sind.

Wir sind einverstanden, dass unser Sohn/ unsere Tochter nach mehrfachen, groben Verstößen gegen die Anordnung der Projektleitung bzw. der weiteren Verantwortlichen vorzeitig und ohne Anspruch auf Entschädigung auf eigene Gefahr und auf Kosten der Personensorgeberechtigten nach Hause geschickt werden darf.

Mit unserer Unterschrift erklären wir, dass uns bekannt ist und dass wir unser Kind darauf hingewiesen haben, dass es bestimmte Regeln, Gebote und Verbote während der Veranstaltung gibt, insbesondere das Verbot grenzverletzenden, abwertenden, rassistischen, gewalttätigen oder sexistischen Verhaltens, an die sich jede/r halten muss.

Wir werden unser Kind besonders darauf hinweisen, dass während der Freizeitmaßnahme die aufgrund der Corona-Pandemie geltende Hygieneverordnung der Einrichtung einzuhalten ist. Zu Beginn der Maßnahme werden die Regeln von den Freizeitverantwortlichen den Teilnehmenden bekannt gemacht und eingeübt (z.B.: Maske tragen wo nötig, Abstand halten, Händedesinfektion).

Bei groben Verstößen gegen diese Ordnung muss der Teilnehmende ausgeschlossen werden.

**Unser Kind darf sich in Kleingruppen von mindestens 3 Personen auch ohne Beaufsichtigung durch Erwachsene tagsüber bewegen.**

Ja  Nein

Wir werden unser Kind darauf hinweisen, falls wir nicht damit einverstanden sind.

**Im Notfall** werden wir alles dafür tun, die Situation vor Ort zu klären und mit Ihrem Sohn/Ihrer Tochter zu besprechen. Es könnte sich jedoch die Situation ergeben, dass wir jemanden benachrichtigen müssen.

**Bei wem sollen wir uns dann anrufen?**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Telefon & Handy:** \_\_\_\_\_

Für den Fall, dass wir Sie nicht erreichen können. Sollen wir es bei einer anderen Person versuchen?

**Name:** \_\_\_\_\_

**Telefon & Handy:** \_\_\_\_\_

Mein Sohn / meine Tochter hat folgende Beeinträchtigungen (z.B. Allergien, Asthma, Herzfehler, Epilepsie, Kreislaufschwäche, Medikamentenunverträglichkeit) die es an der Teilnahme der einen oder anderen Veranstaltung hindern würde oder auf die die Verantwortlichen besonders achten müssen:

\_\_\_\_\_

**Wichtig: Folgende Medikamente müssen (regelmäßig) eingenommen werden.**

\_\_\_\_\_  
**Unser Kind wird die Medikamente in ausreichender Menge bei sich führen.**

**Krankenkasse / Versicherung:**

\_\_\_\_\_

**Unser Kind hat folgenden Unterstützungsbedarf:**

---

---

**Wir versichern, dass unser Kind an keiner ansteckenden Krankheit leidet (siehe Merkblatt: Infektionsschutzgesetz: [www.x-ground.info/unterseiten/infektionsschutz.html](http://www.x-ground.info/unterseiten/infektionsschutz.html))**

**Kurzfristige Veränderungen werden wir sofort den Verantwortlichen mitteilen.**

**Ich erkenne die Teilnahmebedingungen an. (Bitte Flyer lesen!)**

---

**Ort, Datum Unterschrift eines Elternteils / Personensorgeberechtigten**

**Schutz personenbezogener Daten**

**Einverständniserklärung für die Anfertigung und Veröffentlichung von Fotos**

**Zustimmung „Adressspeicherung zu Werbezwecken“**

**- weiter Siehe Seite 4 -**

## Schutz personenbezogener Daten

Der Schutz von personenbezogenen Daten ist uns ein ernstes Anliegen. Die im Rahmen dieser Anmeldung erhobenen Daten werden nach den Vorgaben des Kirchlichen Datenschutzgesetzes (KDG) behandelt und dienen ausschließlich der Durchführung der angegebenen Maßnahme. Die Erhebung der Daten erfolgt aufgrund von § 6 Absatz 1c) KDG. Ihre Daten werden ausschließlich zur Durchführung dieser Maßnahme gespeichert und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungs- und Verjährungsfristen (z.B. für Zuschussgeber, Buchführungsbelege, sonstige Nachweise) von uns gelöscht.

Eine Weitergabe der Daten erfolgt ausschließlich zur Durchführung der Maßnahme

Sie haben ein Recht auf Auskunft, ob Sie betreffende personenbezogene Daten verarbeitet werden (§ 17 KDG). Darüber hinaus haben Sie das Recht auf Berichtigung (§ 18 KDG) und auf Löschung Ihrer personenbezogenen Daten unter den Voraussetzungen des § 19 KDG. Sie haben das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (§ 20 KDG) und das Recht auf Datenübertragbarkeit (§ 22 KDG).

Daneben haben Sie das Recht zur Beschwerde bei der Datenschutzaufsicht: Kirchliches Datenschutzzentrum, Haus am Dom, Domplatz 3, 60311 Frankfurt, E-Mail: [info@kdsz-ffm.de](mailto:info@kdsz-ffm.de).

Sie können Ihre Rechte jederzeit bei der für die Verarbeitung Ihrer Daten verantwortlichen Stelle im Bistum Trier, bei der FachstellePlus für Kinder und Jugendpastoral Koblenz, St.-Elisabeth-Straße 6, 56073 Koblenz, Telefon: 0261-31770, E-Mail: [fachstellejugendplus.koblenz@bistum-trier.de](mailto:fachstellejugendplus.koblenz@bistum-trier.de) geltend machen.

Daneben können Sie die Betriebliche Datenschutzbeauftragte kontaktieren:

Regina Selzer, Stabstelle Betrieblicher Datenschutz im Bistum Trier, Mustorstraße 2, 54290 Trier, Telefon: 0651-7105-281, E-Mail: [regina.selzer@bgv-trier.de](mailto:regina.selzer@bgv-trier.de)

## Einverständniserklärung für die Anfertigung und Veröffentlichung von Fotos:

Mit der Erstellung von Bildaufnahmen der angemeldeten Person im Rahmen von Veranstaltungen und Aktivitäten der FachstellePlus für Kinder- und Jugendpastoral Koblenz/X-Ground I Kirche der Jugend Koblenz, St.-Elisabeth-Straße 6, 56073 Koblenz, sowie zur Verwendung dieser Fotos zur Präsentation und zum Aushang innerhalb der Einrichtung

**bin ich** einverstanden       **bin ich nicht** einverstanden *(Zutreffendes bitte ankreuzen!)*

Meine Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

---

Datum und Unterschrift des Teilnehmers / der Teilnehmerin

---

bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift der Personensorgeberechtigten

## Zustimmung „Adressspeicherung zu Werbezwecken“:

Mit der Speicherung meiner Daten um zukünftig über Arbeit, Veranstaltungen und Aktionen der FachstellePlus für Kinder- und Jugendpastoral Koblenz, bzw. des X-Ground I Kirche der Jugend Koblenz, St.-Elisabeth-Straße 6, 56073 Koblenz informiert zu werden bin ich einverstanden

Meine Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

---

Datum und Unterschrift des Teilnehmers / der Teilnehmerin

---

bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift der Personensorgeberechtigten