



ANMELDUNG ZUM BUNDESJUGENDWETTBEWERB 2024 – TEILNEHMER:IN

ANMELDESCHLUSS: 10. Juni 2024

BITTE IN BLOCKSCHRIFT!

Name des Kindes

Soz. Vers. Nr. und Geburtsdatum

nimmt am Bundesjugendwettbewerb vom 25. bis 28. Juli 2024 in Alkoven, OÖ teil.

Notfalltelefonnummer(n)

(Erreichbarkeit während der
gesamten Veranstaltung!)

Besonderheiten Verpflegung (Vegetarier, Sonderkost, etc.)

.....

Erkrankungen/ Allergien/ Sonstiges für Notfälle relevant

.....

Ich wurde darauf hingewiesen und nehme zur Kenntnis, dass die Jugendbetreuer als Aufsichtspersonen im Sinne des Jugendschutzgesetzes gelten. Während der gesamten Dauer des Camps gilt striktes **Alkohol- und Drogenverbot**. Im Falle eines Zuwiderhandelns erfolgt der sofortige Ausschluss von der weiteren Teilnahme. Die/der Teilnehmer:in ist daraufhin von mir sofort abzuholen oder wird – sofern das nicht möglich ist – auf meine Kosten in Begleitung die Heimreise antreten!

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass im Falle einer kurzfristigen Absage des Camps keine Beaufsichtigung durch den ASBÖ erfolgen kann.

Informationen zum Datenschutz finden sich unter <https://www.samariterbund.net/datenschutz/>

Ort und Datum

Unterschrift der/s Erziehungsberechtigten

Datenschutz

Informationen zum Datenschutz finden sich unter <https://www.samariterbund.net/datenschutz/>

Datenschutzrechtliche Einwilligung für die Datenverarbeitung von NICHT-MITGLIEDERN

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Die/der Teilnehmer:in ist kein ASBÖ-Mitglied und unter 14 Jahren und ich erkläre als Erziehungsberechtigte/r meine jederzeit widerrufliche Zustimmung über die Verarbeitung von Gesundheitsdaten (wie vorne angegeben) für medizinische Notfälle während der Veranstaltung durch den ASBÖ und seine Teilorganisationen. Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten an medizinisches Personal weitergeben werden, um die medizinische Versorgung des Kindes zu gewährleisten. Die Löschung der Daten erfolgt 3 Jahre nach Ende der Veranstaltung. Ohne Einwilligung ist die Teilnahme nicht möglich.

Ort und Datum

Unterschrift der/s Erziehungsberechtigten

Die/der Teilnehmer:in ist kein ASBÖ-Mitglied, über 14 Jahren und erklärt ihre/seine jederzeit widerrufliche Zustimmung über die Verarbeitung von Gesundheitsdaten (wie vorne angegeben) für medizinische Notfälle während der Veranstaltung durch den ASBÖ und seine Teilorganisationen. Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten an medizinisches Personal weitergeben werden, um meine medizinische Versorgung zu gewährleisten. Die Löschung der Daten erfolgt 3 Jahre nach Ende der Veranstaltung. Ohne Einwilligung ist die Teilnahme nicht möglich.

Ort und Datum

Unterschrift der/s Teilnehmerin/s

Dieses Formular verbleibt bei den Gruppenverantwortlichen der jeweiligen Jugendgruppe!