

Fragebogen bitte umgehend zurücksenden

an den CVJM Hannover e.V. , Limburgstr. 3, 30159 Hannover
 Fax. 0511/368468-68, E-Mail: info@cvjm-hannover.de

**WICHTIG:**

**Erst mit dem Eingang des komplett ausgefüllten Fragebogens wird
 Ihre Anmeldung gültig und wird weiter bearbeitet.**

Jahr: Wohnortnahes Ferienprogramm:

Daten des **Kindes**

Vorname: Name: Geschlecht:

Geburtsdatum: Alter des Kindes bei Beginn des Ferienprogramms:

Schule: Klasse:

Um Ihre Tochter/Ihren Sohn besser kennen zu lernen, möchten wir Sie bitten Ihre Einschätzung aufzuschreiben. (Interessen, Veranlagungen, Hobbys, Kontaktfähigkeit, Probleme)

Um Ihre Kinder optimal zu betreuen sind wir auf Ihre Mithilfe und Angaben dringend angewiesen. Wir freuen uns über jeden Hinweis, der uns hilft, Ihr Kind besser zu verstehen und zu betreuen. Wir bemühen uns, unsere ehrenamtlichen Mitarbeitenden auf Herausforderungen vorzubereiten, müssen dabei aber stets unsere Möglichkeiten im Blick behalten, um eine ideale Betreuung aller Teilnehmenden zu ermöglichen. Unter besonderem Betreuungsbedarf verstehen wir Einschränkungen, Neigungen oder Verhaltensweisen, die eine erhöhte Aufmerksamkeit und Fürsorge unserer Mitarbeitenden voraussetzen, um einen problemlosen Aufenthalt in unseren Camps zu gewährleisten. Bitte behalten Sie diese für uns sehr wichtigen Informationen über Ihr Kind nicht für sich, sondern teilen Sie uns diese mit!

Bei Fragen hierzu nehmen Sie gerne persönlich zu uns Kontakt auf und rufen Sie uns an. Unter folgenden Telefonnummern erreichen Sie die Mitarbeitenden des CVJM Hannover e.V. in den Schulen:

0511-16845670 (Grundschule Wasserkampstraße)

0511-16841183 (Grundschule Am Sandberge)

0511-16830028 (Grundschule Kronsberg)

Gesundheitsfragebogen für:



Krankenkasse des Kindes:

Unser Hausarzt:

A) hat chronische Krankheiten wenn ja, welche:

B) hat Allergien wenn ja, welche:

C) hat Schwierigkeiten mit Reiseübelkeit:

D) hat Essensbesonderheiten wenn ja, welche:

E) Sonstiges:

F) muss Medikamente einnehmen: wenn ja, welche:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Krankheitsfall in ärztliche Behandlung gegeben wird:

Angaben zur gesetzlichen Vertreterin oder zum gesetzlichen Vertreter:

Name:

Vorname:

Anschrift:

E-Mail:

Während des Ferienprogramms zu erreichen unter:

Ausweichtelefonnummer:

bei:

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____



Fragebogen zum Datenschutz für:

Von unseren Ferienprogrammen und Veranstaltungen erstellen wir Fotos und Videoaufnahmen ausschließlich zu nicht kommerziellen Zwecken und bitten um Ihr Einverständnis, dass in diesem Zusammenhang auch Fotos und Videoaufnahmen gemacht werden, auf denen Ihr Kind abgebildet bzw. zu sehen ist. Das Bildmaterial benutzen wir, um für unsere Maßnahmen und unsere Arbeit zu werben. Dies geschieht sowohl in Form von Printmedien (Campprospekt, Vereinsanzeiger und Flyer) als auch online (Facebook, Website, Bildergalerie). Bei jeglichen Veröffentlichungen werden dabei **keine Namen genannt**.

Einverständnis:

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos und Videoaufnahmen, auf denen mein Kind

(Vorname, Name): zu sehen ist, ausschließlich zu

folgenden Zwecken gemacht und kostenlos verwendet werden dürfen:

- Werbung in Form von Printmedien: Vereinsanzeiger, Flyer (für max. 5 Jahre)
- Onlinewerbung: Facebook, Website (für max. 5 Jahre)
- Bildergalerie auf der Website des CVJM Hannover e.V. (für max. 5 Jahre)

Um auch weiterhin über die Arbeit des CVJM Hannover e.V. informiert zu werden, bevollmächtige ich den CVJM Hannover e.V.

- mir zukünftig den Ferienprogramm-Flyer und den Campprospekt an oben genannte Kontaktdaten (Seite 2) zu schicken
- die personenbezogenen Daten für organisationsinterne Arbeiten bis auf Widerruf zu speichern. Eine Übermittlung Ihrer persönlichen Daten an Dritte findet nicht statt.

Die oben angekreuzten Bevollmächtigungen können jederzeit schriftlich widerrufen werden. Schicken Sie hierfür bitte eine kurze und formlose E-Mail an juco@cvjm-hannover.de.

Ich habe die Datenschutzerklärung des CVJM Hannover e.V. auf dessen Website gelesen und bin mit ihr einverstanden: Ja Nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift eines/einer gesetzlichen Vertreters/Vertreterin