

## Anmeldung

zur Teilnahme am Workshop »Schüler experimentieren mit Fraunhofer«

**Mittwoch, 06. November bis Freitag, 08. November 2019**  
**im Kerschensteiner Kolleg im Deutschen Museum**

Name des Teilnehmers/  
der Teilnehmerin:

---

Straße:

---

PLZ und Ort:

---

Handynummer des Teilnehmers/ der Teilnehmerin:

---

Festnetztelefon und Handynummer des/der Erziehungsberechtigten:

---

## Einverständniserklärung des/der Erziehungsberechtigten

Hiermit erkläre/n ich mich/wir uns damit einverstanden, dass mein/unser Sohn / meine/unsere Tochter am Workshop »**Schüler experimentieren mit Fraunhofer**« von Mittwoch, 06. November bis Freitag, 08. November 2019 im Kerschensteiner Kolleg im Deutschen Museum in München teilnimmt. Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige/n ich/wir, dass ich/wir den Infobrief zum Workshop erhalten und zur Kenntnis genommen habe/n.

Ich/wir gestatte/n die Teilnahme meines/unseres Sohnes / meiner/unserer Tochter an dem durch den Veranstalter organisierten Programm und den Exkursionen. Ich/wir habe/n unser Kind angewiesen, die Anordnungen der Organisatoren und Betreuungspersonen zu befolgen.

Die Haftung der Veranstalter, insbesondere auch der Kursleiter und Aufsichtspersonen, beschränken sich auf grob fahrlässig oder vorsätzlich verursachte Personen- und Sachschäden. Dies nehme/n ich/wir zur Kenntnis.

Mein/unser Kind weiß, dass während des Workshops ein Drogen-, Alkohol- und Rauchverbot herrscht. Ein Entfernen von der Gruppe während der Veranstaltungen und außerhalb der Programmzeiten ist zu keiner Tages- oder Nachtzeit erlaubt, ausgenommen sind die im Workshop-Programm aufgeführten, zeitlich begrenzten, freien Rundgänge innerhalb des Deutschen Museums. Ich/wir stimme/n zu, dass sich mein/unser Kind allein und ohne Aufsicht in den Räumlichkeiten des Kerschensteiner Kollegs bewegen darf.

Bei bekannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen/Erkrankungen, die eine Medikation während des Aufenthaltes erforderlich oder wahrscheinlich machen, sind Medikamente in ausreichender Menge mitzubringen und der Veranstalter ist sowohl über die gesundheitliche Beeinträchtigung als auch die notwendigen Medikamente genauestens zu informieren.

Mein/unser Kind leidet an folgender gesundheitlicher Beeinträchtigung/Krankheit:

\_\_\_\_\_

Mein/unser Kind benötigt für die Dauer des Aufenthalts folgende Medikamente (bitte Einnahmевorschriften angeben):

\_\_\_\_\_

Unser Kind hat folgende Allergie/n (z. B. gegen bestimmte Medikamente und/oder Lebensmittel):

\_\_\_\_\_

Mein/unser Kind ist bei folgender Krankenkasse versichert: \_\_\_\_\_

**Bitte geben Sie Ihrem Kind die Krankenversicherungskarte mit!**

Im Notfall ist/sind zu benachrichtigen:

Name/n: \_\_\_\_\_

Festnetz- und Handynummern:

\_\_\_\_\_

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass bei plötzlich auftretenden und/oder lebensbedrohlichen Erkrankung oder Verletzung meines/unseres Kindes ein Arzt alle notwendigen Behandlungen durchführen darf.

**Bitte geben Sie Ihrem Kind eine Kopie des Impfausweises mit!**

**Einwilligung**

1. Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass während des Workshops Fotos oder Video-Aufnahmen zum Zwecke der Dokumentation und Nachberichterstattung der Veranstaltung sowie zu Zwecken der Öffentlichkeitsarbeit der Fraunhofer-Gesellschaft und der Stiftung Jugend forscht e.V./Schüler experimentieren von mir bzw. meinem/unserem Kind gemacht werden.
2. Auf Grundlage der Zwecke unter Ziffer 1 dürfen die Foto- und Videoaufnahmen von mir bzw. meinem/unserem Kind von den Veranstaltern auf deren Internetseiten, im Intranet, auf Social-Media-Plattformen (Facebook, Instagram etc.) sowie auf Druckschriften veröffentlicht werden.
3. Sie können Ihre erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber der Fraunhofer-Gesellschaft zur Förderung der angewandten Forschung e.V., Postfach 200733, 80007 München oder per Mail an [datenschutz@zv.fraunhofer.de](mailto:datenschutz@zv.fraunhofer.de) ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.
4. Ihre darüber hinausgehenden Rechte entnehmen Sie bitte der beigefügten Datenschutzzinformation.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Teilnehmers/-in \_\_\_\_\_