



Liebe Eltern,

damit Ihr Kind an den Ferienspaßaktionen teilnehmen kann, ist eine schriftliche Einverständniserklärung von Ihnen nötig. **Bitte geben Sie die Einverständniserklärung bis zum 20.06.2024 in einem unserer Bürgerbüros ab!** Da einige Veranstaltungen unvermutete Gefahren hervorrufen können, bitte ich jetzt um Ihre besondere Aufmerksamkeit:

- Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihr Kind an den gebuchten Veranstaltungen im Rahmen der Ferienspaßaktionen der Samtgemeinde Land Hadeln 2024 teilnehmen darf.
- Die Teilnahme an einigen Veranstaltungen ist nur möglich, wenn Ihr Kind sicher schwimmen kann. Diese Veranstaltungen sind besonders gekennzeichnet. **Mit der Einverständniserklärung ist eine Kopie des Schwimmpasses einzureichen** (mindestens Bronze, das Seepferdchenabzeichen gilt als Nicht-Schwimmer).
- Bei einzelnen Veranstaltungen ist es möglich, dass Fotos oder Filmaufnahmen erstellt werden. Mit der Anmeldung zur Ferienspaßaktion erklären Sie sich einverstanden, dass diese Aufnahmen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit im Zusammenhang mit der Ferienspaßaktion, verwendet werden. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, melden Sie dies bitte direkt dem Veranstalter.
- Weitere Teilnahmebedingungen und Hinweise entnehmen Sie bitte dem Online-Portal.

***Bitte füllen Sie eine Einverständniserklärung für jedes Kind aus.  
Diese Erklärung gilt bis auf Widerruf für alle Ferienspaßveranstaltungen 2024.***

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich (Wir) erkläre(n) mich (uns) damit einverstanden, dass mein/unsere Sohn / meine/unsere Tochter

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

an den Veranstaltungen im Rahmen des Ferienspaßes 2024 teilnimmt. Die oben aufgeführten Hinweise habe ich aufmerksam gelesen. Diese Erklärung gilt bis auf Widerruf.

**Sofern mein Kind an Veranstaltungen im und am Wasser teilnimmt, bestätige ich hiermit, dass es sicher schwimmen kann.**

Während der Veranstaltungen bin ich unter folgender Telefonnr. ständig erreichbar: \_\_\_\_\_

Beeinträchtigungen, Behinderungen, bekannte Allergien, Einnahme von (Notfall-)Medikamenten:

\_\_\_\_\_

**Ich verpflichte mich, bei besonders schwerwiegenden Erkrankungen z.B. lebensbedrohlichen Insektengiftallergien, die Betreuer/innen nochmals persönlich darauf hinzuweisen und zu erklären, wo sich das Notfallmedikament befindet.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines/einer Erziehungsberechtigten