

Anmeldung und Einverständniserklärung
für Teilnehmer unter 18 Jahren
zur Junioren Tischfußball-Bundesliga 2015

Teilnahmebestätigung

Hiermit erkläre/n ich mich/wir uns damit einverstanden, dass mein/unser Sohn / meine/unser Tochter an der Junioren Tischfußball Bundesliga vom DTFB e.V. und der DTFJ e.V. vom 19. - 20. September 2015 im Schützenhaus in 64407 Fränkisch-Crumbach teilnimmt. Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige/n ich/wir, dass ich/wir die Informationen über den Ablauf der Veranstaltung auf der Website www.dtfb.de und vom **Beiblatt „Veranstaltungsordnung“** zur Kenntnis genommen haben.

Name der/s Teilnehmerin/s: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

Handynummer Teilnehmer/in: _____

Festnetztelefon der Erziehungsberechtigten: _____

Handynummer eines Erziehungsberechtigten: _____

Mein/unser Kind spielt für das Team: _____

Aufsichtsperson vom Verein: _____

Handynummer Aufsichtsperson: _____

Einverständniserklärung des/der Erziehungsberechtigten

Für die Dauer der Veranstaltung erkläre/n ich/wir mich/uns bereit, die Aufsichtspflicht für mein/unser Kind an die Betreuer/innen der Vereine bzw. der Spielgemeinschaften, sowie das Aufsichtspersonal des DTFB und der DTFJ zu übertragen. Zudem erkläre/n ich/wir mit meiner/unserer Unterschrift mein/unser Einverständnis, dass sich mein/unser Sohn / meine/unser Tochter auf dem Gelände des „Schützenhaus“ während der vom betreuenden Personal festgelegten Zeiten ohne Beaufsichtigung in kleinen Gruppen frei bewegen kann.

Entfernt sich mein/unser Kind ohne Wissen der Betreuer/innen von der Veranstaltung, so erlischt die Aufsichtspflicht über das Kind. Ich/wir haben unser Kind angewiesen, den Anordnungen der Organisatoren und des Aufsichtspersonals Folge zu leisten. Sollte mein/unser Kind durch grobes Fehlverhalten die Veranstaltung gefährden, so sind die Betreuer ermächtigt, mein/unser Kind auf meine/unser Kosten nach Hause zu schicken.

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 Beeinträchtigung/Krankheit:

Mein/unser Kind benötigt für die Dauer des Aufenthalts folgende Medikamente:

Mein/unser Kind hat folgende Allergien (z.B. Medikamente und/oder Lebensmittel):

Krankenkasse:

Geben sie ihrem Kind die Krankenkassenkarte und eine Kopie des Impfausweises mit!

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

Datenschutzerklärung

Der Teilnehmer / die Teilnehmerin erklärt sich damit einverstanden, dass die im Zusammenhang mit seiner/ihrer Teilnahme an der Veranstaltung gemachten Fotos, Filmaufnahmen und Interviews in Rundfunk, Fernsehen, Printmedien, Büchern, fotomechanischen Vervielfältigungen (Filme, DVD etc.) ohne Anspruch auf Vergütung verbreitet und veröffentlicht werden.

Der Teilnehmer / die Teilnehmerin erklärt sich mit der Veröffentlichung seines/ihres Namens, Vornamens, Jahrgangs, Altersklasse, Vereins, Wohn-Land und Wohn-Bundesland und seiner Ergebnisse (Platzierungen) in allen veranstaltungsrelevanten Printmedien (Teilnehmerliste, Ergebnisliste, etc.) und in allen elektronischen Medien wie dem Internet einverstanden.

Der Teilnehmer kann der Weitergabe seiner personenbezogenen Daten gegenüber dem Veranstalter schriftlich oder per E-Mail widersprechen. In diesem Fall wird die Startberechtigung nachträglich entzogen. Bisher eventuell vorgenommene Veröffentlichungen in elektronischen Medien werden gelöscht.

Streichungen und Zusätze auf dem Anmeldungsformular sind gegenstandslos.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten
