



Anmeldung zur Medizinischen Kinderakademie Ravensburg

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Hiermit erlaube ich meinem Sohn/meiner Tochter, an der Veranstaltung der
Medizinischen Kinderakademie am _____ in Ravensburg
teilzunehmen.

Bei den Veranstaltungen der Medizinischen Kinderakademie werden Film- und Fotoaufnahmen angefertigt, die der Berichterstattung in Printprodukten, Fernsehen, Social Media und auf Homepages dienen. Ich stimme zu, dass Aufnahmen meines Kindes unter Nennung von Vornamen und Alter gefertigt, veröffentlicht und gespeichert werden dürfen. Veröffentlichungen sind nur im Zusammenhang mit der Medizinischen Kinderakademie statthaft.“

Da wir nicht gewährleisten können, dass einzelne Personen von Film- und Fotoaufnahmen ausgenommen werden können, ist eine Anmeldung ohne Einwilligung leider nicht möglich.

Datum und Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Bitte geben Sie die Telefonnummer an, unter der Sie am Kinderakademietag erreichbar sind.
