



## 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.

\_\_\_\_\_