

Anmeldung Geschwisterkindertag am 18.07.2020 im AZS Kempten

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Alter des Kindes: _____

Anschrift und Name der Eltern: _____

Email: _____

Telefon: _____

Ich stimme den Teilnahmebedingungen zu.
Ich stimme der Teilnahmegebühr von 20,00 €

Hiermit willige ich ein, dass (bitte betreffendes Ankreuzen)

- Fotoaufnahmen, die im während des Geschwistertages, auf denen mein Kind bzw. wir selbst abgebildet sind, durch das AZS verwendet werden dürfen
- Fotoaufnahmen, welche während des Geschwisterkindertages entstehen, in einem Dankeschreiben an die Radio7 Drachenkinder verwendet werden dürfen
- Ich stimme zu, dass meine Kontaktdaten sowie für den Geschwistertag relevante Informationen über mein Kind an Frau Klas übermittelt werden, damit diese mich bei Bedarf kontaktieren kann und sich bei mir vorab über mein Kind informieren kann

soweit dadurch keine schutzwürdigen Interessen des Kindes und der Familie beeinträchtigt werden. Bei einer Beschreibung der Fotos- wird die anonymisierte Form verwendet (kein Nachname, kein Geburtsdatum).

Datum

Unterschrift

Anmeldung per Post / Fax an:
Autismus Zentrum Schwaben * Schwalbenweg 61* 87439 Kempten
FaxNr.: 0831/59 110 -854