**Einverständniserklärung der Eltern / Erziehungsberechtigten**

*(für TeilnehmerInnen an Projektaktivitäten im Rahmen des EU Programms Erasmus+ JUGEND IN AKTION unter 18 Jahren)*

Name des Teilnehmers/der Teilnehmerin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Titel der Aktivität: Abschlussveranstaltung YouthAction4Alps in der Schwäbischen Jugendbildungs- und Begegnungsstätte Babenhausen (DE)

Beginn**: 29.7.2021** Ende: **2.8.2021**

*Die in dieser Einverständniserklärung der Eltern/Erziehungsberechtigen gemachten Angaben werden vertraulich behandelt und ausschließlich an MitarbeiterInnen weitergegeben, die davon Kenntnis haben müssen.*

***Erklärungen:***

1. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter an der oben genannten Aktivität teilnimmt.
2. Die Gruppe wird von einer pädagogischen Fachkraft begleitet, die auch auf die Einhaltung der Regeln für ein gedeihliches Miteinander (Respekt, gegenseitige Unterstützung, … ) achten wird. Für minderjährige Teilnehmer\*innen gelten zudem die Regeln des Jugendschutzgesetzes. Grobe Regelverstöße ziehen den Ausschluss und die Rückreise auf eigene Kosten nach sich.
Ich nehme dies mit meiner Unterschrift zur Kenntnis.
3. Während der Aktivität kommen die in Deutschland geltenden COVID-Regelungen zur Anwendung: Einreise nur mit negativem Antigen-Test, neuerliche Testung alle 48h, keine Anreise bzw. sofortige Abreise, wenn Gäste Covid-19-relevante Symptome aufweisen (siehe Beilage „Schutzkonzept Jugendbildungsstätten Bayerns).
4. Mein Sohn/meine Tochter hat folgende besonderen Bedürfnisse:

 Keine

 Besondere Ernährung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Medizinische Behandlung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***5. Kontaktangaben für Notfälle***

Meine private Telefon- oder Handynummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alternative Kontaktperson für Notfälle:** Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beziehung zu dem/der Teilnehmer/in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Private Telefon- oder Handynummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ich bestätige, dass ich alle oben aufgeführten Erklärungen gelesen und sämtliche Abschnitte nach bestem Wissen ausgefüllt habe.**

Unterschrift: Ort, Datum: --------

Name des Elternteils/Erziehungsberechtigten (in Großbuchstaben):

Anschrift: