

# minis im Chaos!



## Dekanatsminitag Esslingen-Nürtingen 2022

### WANN:

17. September 2022  
10:30 – 16:30 Uhr

### WO:

St. Raphael, Echterdingen  
Bonländer Str. 35  
70771 Leinfelden-Echterdingen

Beim Dekanatsminitag habt Ihr die Möglichkeit, viele andere Minis aus dem ganzen Dekanat Esslingen-Nürtingen kennen zu lernen und gemeinsam Spaß zu haben.

Seid Ihr neugierig und wollt gerne einen Tag mit anderen Minis verbringen und habt Lust, einen super spannenden und actionreichen Tag mit Spielen, Workshops und gemeinsamen Abschluss-Gottesdienst zu erleben?

Dann meldet Euch schnell an, indem Ihr den Anmeldebogen ausfüllt und ihn **bis 8. September** im Jugendreferat abgibt oder ihn bis dahin per Mail schickt:

Katholisches Jugendreferat Esslingen-Nürtingen

Untere Beutau 8-10, 73728 Esslingen

**Tel.:** 0711 794187-20

**Mail:** [jugendreferat-es-nt@bdkj.info](mailto:jugendreferat-es-nt@bdkj.info)

Wir freuen uns auf einen tollen und spannenden Tag mit Euch und hoffen, dass viele dabei sind!

Eure Dekanatsoberminis Tabea, Maike, Markus und Pascal



# Anmeldebogen

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Dekanatsminitag am 17.09.2022 in Leinfelden-Echterdingen an.

Name:	_____	Vorname:	_____
Straße:	_____	PLZ, Ort:	_____
Telefon:	_____	Handy-Nr:	_____
E-Mail:	_____	Geb. Datum:	_____

Ich esse **vegan**    Ich esse **vegetarisch**

Mit der Anmeldung bestätige ich, dass ich die die Datenschutzhinweise „Anmeldung zu Veranstaltungen“ gelesen habe und diese akzeptiere.

<https://esslingen.bdkj.info/nuetzliches/datenschutzhinweisen>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte\*r

## Notfallangaben

**Liebe Teilnehmer\*innen, liebe Eltern / Sorgeberechtigte,**

diese Angaben sollen die Vorbereitung unserer Veranstaltung erleichtern und Unsicherheiten vermeiden. Dieser Bogen stellt weder eine rechtliche noch eine gesundheitliche Beratung oder Empfehlung dar. Natürlich hoffen wir immer, dass bei unserer Veranstaltung nichts Schlimmes passiert. Doch im Falle eines Falles möchten wir sicherstellen, dass wir in jeder Situation die bestmöglichen Entscheidungen treffen können. Dazu brauchen wir Ihre Hilfe. Bitte verpflichten Sie sich, das Formular vollständig auszufüllen, um uns die Durchführung zu ermöglichen und um Missverständnissen im Notfall vorzubeugen. Ziel ist die Sicherung der bestmöglichen Versorgung.

**Ohne diese Daten kann Ihr Kind nicht an der Maßnahme teilnehmen, da wir Sicherheit und Aufsichtspflicht sonst nicht gewährleisten können.**

Herzlichen Dank im Namen der Dekanatsoberministerant\*innen!

*Vanessa Uptmoor – Dekanatsjugendreferentin*



**Name und Vorname des Kindes:** \_\_\_\_\_

Bei Notfällen verständigen Sie bitte:  
Privatadresse der bzw. des Erziehungsberechtigten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

1. Ich erkläre mich/wir erklären uns damit einverstanden, dass mein/unser Kind nach mehrfachen, groben Verstößen gegen die Anordnungen und nach Ermessen der Veranstalter/der aufsichtsführenden Person vorzeitig und ohne Anspruch auf Entschädigung (keine Kostenrückerstattung) auf eigene Gefahr und auf Kosten der Personensorgeberechtigten nach Hause geschickt werden kann. Für eigenmächtiges Handeln meines/unseres Kindes übernehme ich/übernehmen wir als Sorgeberechtigte die volle Verantwortung.
2. Mein/ unser Kind hat Erkrankungen oder Verletzungen (ggf. bitte unten näher erläutern) die sich in bestimmten Situationen, im Rahmen geplanter Aktivitäten (Sport, Spiel, ...) oder ggf. auch ohne Anlass bemerkbar machen könnten oder einschränken. (z.B. Asthma, Tinnitus, Allergien, ...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Gibt es bei Ihrem Kind ungewöhnliche Reaktionen/Allergien auf Insektenstiche?

Nein       Ja, folgende: \_\_\_\_\_

4. Mein/Unser Kind benötigt für den Zeitraum der Veranstaltung folgende(s) Medikament(e):

Ja (bitte Vorlage für Medikamentengabe in der Anlage ausfüllen)       Nein

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Verwendung dieser personenbezogenen (Gesundheits-)Daten für die o.g. Zwecke im Sinne dieser Veranstaltung zu.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte\*r



## **Einverständniserklärung zur Bild- und Filmnutzung**

### **Einwilligung Bild- und Videoaufnahmen**

Ich willige ein, dass Bildaufnahmen, die von mir/meinem Kind

\_\_\_\_\_ (Vor/ Nachname)

im Rahmen des **Dekanatsminitags 2022** gemacht wurden, zu folgenden Zwecken ohne Namensnennung genutzt werden (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Im Rahmen der Berichtserstattung bei Veröffentlichungen in Presseorganen (Pressemitteilungen, Presseartikel)
- Für die digitale Berichterstattung auf der Internetseite der/des *Jugendreferats Esslingen-Nürtingen* und Veröffentlichung in zu Presseorganen gehörende Internetseiten
- Für die digitale Öffentlichkeitsarbeit des Jugendreferats Esslingen-Nürtingen bspw. für Aktionsseiten des Veranstalters in den sozialen Netzwerken wie Facebook oder Instagram oder den Radio- und Fernsehsendern zugehörige Soziale Netzwerke

Das Einverständnis kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Selbstverständlich entstehen Ihnen keinerlei Nachteile, wenn Sie uns keine Einwilligung erteilen oder diese später widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte\*r

Im Fall von minderjährigen Teilnehmenden vor dem Vollenden des 18. Lebensjahres:

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte\*r

### **Vom teilnehmenden Kind/Jugendlichen zu unterschreiben:**

Ich verpflichte mich hiermit, die auf der Veranstaltung gemachten Fotos und Filme, auf denen andere Teilnehmende zu sehen sind, nicht ohne deren Einverständnis im Internet zu veröffentlichen oder über sonstige Medien Drittpersonen zur Verfügung zu stellen. Ich bin zudem damit einverstanden, dass Fotos und Filme von mir in der oben beschriebenen Weise durch den Veranstalter veröffentlicht werden.

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer\*in



## Anlage: Medikamentengabe (nur bei Bedarf ausfüllen)

Name des Kindes/Jugendlichen: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Medikament	1. Name des Medikaments	2. Name des Medikaments	3. Name des Medikaments
Morgens	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Mittags	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Abends	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Bemerkungen/ Dauer der Einnahme			

Fallen diese Medikamente unter das Betäubungsmittelgesetz (BTM)?

- Ja, die Bescheinigung des Arztes liegt bei.  
 Nein

Ich erkläre/wir erklären hiermit, dass unser Kind in der Lage ist, die benötigten Medikamente eigenverantwortlich einzunehmen:

- Ja  
 Nein, es bedarf einer Beaufsichtigung  
 Nein, es bedarf der Überwachung/Verabreichung  
(bitte nachstehende Ermächtigung ausfüllen)

### Ermächtigung der Eltern/der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/n ich/wir

\_\_\_\_\_  
Name des/der Sorgeberechtigten

Die Dekanatsoberministrant\*innen Esslingen-Nürtingen

meinem/unserem Kind \_\_\_\_\_  
Name des Jugendlichen

die o.g. Medikamente zu den gegebenen Zeiten zu verabreichen.

Rufnummer des behandelnden Arztes für Rückfragen:

\_\_\_\_\_  
Name  
\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte\*r

