



## **Einverständniserklärung für minderjährige Teilnehmende**

<b>Veranstaltung</b>		
Veranstaltungstitel:	<b>Workshop: „Queer-inklusive Hilfeplanung“</b>	
Datum:	29.03.2025, 10.00-16.00 Uhr	
Ort:	Bürgerhaus am Schlaatz, Schilfhof 28, 14478 Potsdam	
Veranstalter:	Kompetenzzentrum Kinder- und Jugendbeteiligung Brb Stephensonstraße 24-26, 14482 Potsdam	
<b>Daten der minderjährigen, teilnehmenden Person</b>		
Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		
Für die Teilnahme relevante Hinweise (Allergien, Unverträglichkeiten etc.)		
Ernährungsbesonderheiten		
<b>Daten des/der Sorgeberechtigten</b>		
Name, Vorname		
Anschrift		
<b>Im Notfall zu benachrichtigen</b>		
Ansprechperson		
Telefonnummer		

[ ] Mit der Teilnahme meines/unseres Kindes an der o.g. Veranstaltung bin ich/ sind wir einverstanden.

[ ] Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere oben angegebenen persönlichen Daten sowie die Daten meines/unseres Kindes zwecks Organisation und Durchführung der o.g. Veranstaltung des Kompetenzzentrums Kinder- und Jugendbeteiligung Brandenburg erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Dieses Einverständnis kann jederzeit – auch teilweise – für die Zukunft widerrufen werden.

[ ] Die vorstehende(n) Erklärung(en) gebe ich auch in Vertretung der anderen sorgeberechtigten Person ab. Ich versichere, von dieser mit der Wahrnehmung von Sorgeangelegenheiten für das o.g. Kind bevollmächtigt zu sein.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) sorgeberechtigte Person(en)