



Bildrechte – Einwilligung Minderjährige

Name, Vorname der teilnehmenden Person		
Geburtsdatum		
Name des/der Sorgeberechtigten		
Anschrift		
E-Mail		
Thema der Aufnahme (z.B. Veranstaltungstitel)	Beteiligungsworkshop „Queer-inklusive Hilfeplanung“	
Ort, Datum der Aufnahmen	Bürgerhaus am Schlaatz, Schilfhof 28, 14478 Potsdam 29.03.2025	
Sonstiges		

Nutzung in Print – und Online – bzw. elektronischen Medien

☐ Ich erkläre mich/ Wir erklären uns damit einverstanden, dass die von meinem/ unserem* Kind gemachten Aufnahmen (Fotos, Film – und/oder Tonaufnahmen) vom Kompetenzzentrum Kinder- und Jugendbeteiligung gespeichert und für folgende Zwecke genutzt werden dürfen (zutreffendes bitte ankreuzen):

☐ Redaktionelle Beiträge zur Dokumentation der oben genannten Veranstaltung in den projekteigenen Printmedien einschließlich deren Online-Ausgaben

Diese Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf kann gerichtet werden an: Kompetenzzentrum Kinder- und Jugendbeteiligung Brandenburg, Stiftung Wohlfahrtspflege Brandenburg – Gemeinschaftsstiftung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes in Brandenburg, Tornowstraße 48, 14473 Potsdam. Mailadresse: kontakt@kijubb.de

☐ Mir/ uns ist bekannt, dass der Schutz von Bildrechten im Internet und sozialen Medien grundsätzlich nicht gewährleistet ist. Ich entbinde/ Wir entbinden daher das Kompetenzzentrum von jeglicher Verpflichtung zur Geltendmachung von rechtlichen Ansprüchen, falls Betreiber von sozialen Medien oder Internetseiten auf die oben genannten Aufnahmen zugreifen, diese selbst nutzen oder Dritten eine Nutzung ermöglichen.

☐ Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige/n ich/ wir ebenso, dass ich/ wir mit unserem Kind über die mögliche Veröffentlichung der Aufnahmen gesprochen habe.



[] Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere oben angegebenen persönlichen Daten sowie die Daten meines/unseres Kindes zwecks Durchführung und Dokumentation 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

Unterschriften sorgeberechtigte Person(en)

Ort, Datum

Unterschrift der minderjährigen teilnehmenden Person