

# Anmeldung zum AAD-Jugendtreff 23.- 25. Mai 2025

## **1. Personalien Teilnehmende:r**

Name & Vorname:

.....

Geburtsdatum:

.....

Adresse:

.....

.....

Mobil:

.....

Anreise:

.....

(Ankunftszeit in Stuttgart und Transportmittel – falls noch nicht bekannt, bitte später nachreichen)

Deutschlandticket    Ja      Nein  
oder BW-Ticket

## **2. Personalien Sorgeberechtigte:r (wenn TN unter 18 J.)**

**Eine Kopie des Ausweises muss beigefügt werden!**

Punkt 2 kann übersprungen werden, wenn TN älter als 18 Jahre ist. Trotzdem empfiehlt es sich, uns hier eine Kontaktperson anzugeben, falls am Wochenende etwas sein sollte.

Name & Vorname:

.....

Adresse:

.....

.....

Mobil:

.....

## Einverständniserklärung falls TN unter 18 J.

Hiermit erlaube ich/wir .....,

meiner Tochter/meinem Sohn

....., an der Veranstaltung

des AAD vom 23.-25. Mai 2025 in Stuttgart teilzunehmen. Die Informationen zum

Jugendschutzgesetz sowie zur Aufsichtspflicht für Minderjährige habe ich / haben wir zur

Kenntnis genommen und stimmen diesen zu.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Sorgeberechtigte:r

## Bescheinigung gem. § 2 Abs. 1 Jugendschutzgesetz

Übertragung der Aufsichtspflicht auf eine erziehungsbeauftragte Person (unter Punkt 3 genannt)

Zeitraum: 23.05.25 17 Uhr – 25.05.25 14 Uhr

Veranstalter: Jugendteam des Alopecia Areata e.V. Deutschland

Veranstaltungsort: Jugendherberge Stuttgart International, Haußmannstr. 27, 70188 Stuttgart

Was: Betreuter Jugendtreff in Stuttgart

Ich erlaube meinem Kind, in Kleingruppen **innerhalb** des offiziellen Programms, ohne direkte Aufsicht der Begleitpersonen in Stuttgart unterwegs zu sein, z.B. im Rahmen einer Stadtrallye.

Ja

Nein

### 3. Personalien der Begleit-/ Aufsichtspersonen

Alopecia Areata e.V. Deutschland Nordstraße 1 47798 Krefeld

Jugendteam: Ines Hilbrandt, Jenna Kleinbauer, Anna Cohrs, Jonas Labermeier

Rückfragen an: jugendteam@kreisrunderhaarausfall.de

Kontaktmöglichkeit Jugendteam während des Wochenendes: +49 176 4808 4015

**4. Auskunft über Allergien, Unverträglichkeiten, etc.**

a. Allergien:

---

---

---

---

b. Lebensmittelunverträglichkeiten/ besondere Essensvorschriften (z.B. kein Schweinefleisch, vegetarisch, vegan, laktose-intolerant etc.):

---

---

---

---

c. Sonstige wichtige Erkrankungen oder Ähnliches:

---

---

---

---

d. Hierbei muss auf Folgendes geachtet werden:

---

---

---

---

**5. Erste Hilfe**

Ich bin damit einverstanden, dass im Falle einer Krankheit oder allergischen Reaktion bei mir bzw. meinem Kind (falls Teilnehmende:r unter 18 J.) von den Betreuenden des AAD das entsprechende Medikament verabreicht wird bzw. erste Hilfsmaßnahmen durchgeführt werden können.

---

Datum, Ort

Unterschrift (unter 18 J.: Erziehungsberechtigte:r)

## **6. Einverständniserklärung Foto-/ Video - Veröffentlichung**

Ich bin damit einverstanden, dass von mir (TN über 18 J.) bzw. meiner Tochter / meinem Sohn (TN unter 18 J.) \_\_\_\_\_ (Name) anlässlich des AAD Jugendtreffs vom 23.-25. Mai 2025 in Stuttgart Fotos und Videoaufnahmen erstellt werden.

Diese Aufnahmen dürfen auch auf dem Instagram-Account des Vereins (@alopecia.areata.de) und der Website des Vereins Alopecia Areata e.V. veröffentlicht werden. Ebenso können die Fotos für Flyer genutzt werden.

In jedem Fall von Veröffentlichung werden wir uns an die geltenden Bestimmungen der Persönlichkeits- und Datenschutzregelung halten und den Schutz der Kinder in den Vordergrund stellen.

---

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Teilnehmer:in (Kind)

---

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Erziehungsberechtigten (falls TN unter 18)

### **Unsere wichtigsten Grundsätze:**

- Bilder von Kindern werden hauptsächlich im geschützten Bereich genutzt
- Bilder von Kindern im öffentlichen Bereich (Social Media, Presse) werden nur nach Rücksprache mit dem Kind und den Erziehungsberechtigten genutzt
- Fotos werden nicht mit Namen der Kinder beschriftet
- Es werden keine Angaben gemacht, die die Privatsphäre verletzen

## **7. Zimmerwunsch**

Wir schlafen in Mehrbettzimmern. Falls du einen Wunsch hast, mit wem du dir das Zimmer teilen möchtest, bitte hier angeben:

.....  
Wir versuchen, die Wünsche so gut es geht zu erfüllen.

**Bitte sendet dieses ausgefüllte Anmeldeformular (alle 4 Seiten) an**

**[jugendteam@kreisrunderhaarausfall.de](mailto:jugendteam@kreisrunderhaarausfall.de)**

**Plus eine Ausweiskopie des/der Erziehungsberechtigten falls TN unter 18 J.**

**Ihr erhaltet dann, wenn es noch Plätze gibt, eine Zahlungsaufforderung der Kosten in Höhe von 68 €.**

**Nach erfolgreichem Zahlungseingang schicken wir eine Bestätigung der Buchung.**