

Einverständniserklärung für Foto-, Ton- und Filmaufnahmen von Mädchen und Jungen des Zukunftstages

Sehr geehrte Eltern und Sorgeberechtigte,

der Zukunftstag ist für die Schüler und durchführenden Unternehmen ein besonderer Tag, der immer auch das Interesse der Print- und Rundfunkmedien weckt. Sollten an diesem Tag Foto-, Ton- oder Filmaufnahmen gemacht werden, bitten wir Sie im Auftrag der Medien um Ihre Zustimmung, diese Aufnahmen zu machen und zu veröffentlichen.

Zugleich werden von uns mehrere Fotos zur öffentlichen Berichterstattung über den Zukunftstag auf unseren eigenen Kanälen gemacht (z. B. Website der Orthoklinik Lüneburg bzw. der Gesundheitsholding Lüneburg, Infobroschüren/Flyer, Präsentationen).

Bitte bestätigen Sie und Ihr Kind uns unten Ihre Zustimmung zur Veröffentlichung. Sollten Sie keine Zustimmung erteilen, bitten wir Sie, dieses ebenso zu vermerken.

NAME DES KINDES	GEBURTSDATUM
-----------------	--------------

Mir/uns ist bekannt, dass wir für die Veröffentlichung kein Entgelt erhalten und ich/wir die Einwilligungserklärung jederzeit verweigern oder mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/können. Der Widerruf eines Erziehungsberechtigten genügt, auch wenn beide Eltern anfangs zugestimmt haben. Der Widerruf ist an den zuständigen Koordinator des Zukunftstages zu richten.

Der/die Teilnehmer/in

Hiermit stimme ich der Veröffentlichung der von mir gemachten Aufnahmen zu.

DATUM, UNTERSCHRIFT TEILNEHMER/IN

Die Erziehungsberechtigten

Hiermit stimmen wir der Veröffentlichung der von unserem oben genannten Kind gemachten Aufnahmen zu.

DATUM, UNTERSCHRIFT BEIDER SORGBERECHTIGTER

Wenn Sie nicht zustimmen:

Wir stimmen der Veröffentlichung der von unserem oben genannten Kind gemachten Aufnahmen **nicht** zu.

DATUM, UNTERSCHRIFT BEIDER SORGBERECHTIGTER



Orthoklinik Lüneburg GmbH
Ginsterweg 5-7 | 21335 Lüneburg
Tel. 04131 722 0 | Fax 04131 722 265
www.orthoklinik-lueneburg.de | info@orthoklinik-lueneburg.de
Gesellschafter: Gesundheitsholding Lüneburg GmbH

