

**Vollmacht zur Übernahme der Aufsichtspflicht für die GAMINGNIGHT nach §2 Abs. 2 Nr. 2 des Jugendschutzgesetzes**

Hiermit übertrage(n) ich/wir

\_\_\_\_\_  
*Vorname(n) des Elternteils/der Eltern*

\_\_\_\_\_  
*Nachname(n) des Elternteils/der Eltern*

\_\_\_\_\_  
*Anschrift*

\_\_\_\_\_  
*Telefonnummer*

\_\_\_\_\_  
*Geburtsdatum/Geburtsdaten*

gemäß §2 Abs.2 Nr. 2 des Jugendschutzes die Aufgaben der Personensorge für meine(n) jugendliche(n) Tochter/Sohn

\_\_\_\_\_  
*Vorname*

\_\_\_\_\_  
*Nachname*

\_\_\_\_\_  
*Anschrift*

\_\_\_\_\_  
*Geburtsdatum*

für die Dauer des Aufenthaltes auf der **GAMINGNIGHT** vom 27.10.2023 18:00 Uhr bis zum 28.10.2023 9:00 Uhr

\*\*\*\*\*



an:

Nikki Dudeck  
Vorname, Nachname

Saarlandstraße 3, 26919 Brake  
Anschrift

0163 5606221  
Telefonnummer

05.08.1989  
Geburtsdatum

als erziehungsbeauftragte Aufsichtsperson.

Ich/wir versichere hiermit, dass sich auf dem Computer meines/unseres Kindes nur Spiele bzw. Medien mit entsprechender USK Altersfreigabe befinden.

Ferner versichere ich/wir, dass sich auf dem Computer meines/unseres Kindes keine indizierten Spiele bzw. Medien befinden (dabei handelt es sich um Spiele / Medien, die von der Bundesprüfstelle für jugendgefährdende Medien entsprechend eingestuft wurden).

Ich/wir versichere ebenfalls, dass ich /wir für die Dauer der Veranstaltung im Falle eines medizinischen Notfalls erreichbar bin/sind. Dies gilt auch für den etwaigen Ausschluss meines/unseres Kindes von der Veranstaltung wegen Verstoßes gegen die Hausordnung.

Mein/unser Kind hat folgende gesundheitliche Probleme, über die die Aufsichtsperson Bescheid wissen sollte (falls nicht zutreffend, bitte streichen):

---

---

---

Die Aufsichtsperson entscheidet nach eigenem Ermessen und der Situation entsprechend, wann unser Kind die Schlafstätten aufzusuchen hat.

---

Ort, Datum  
(Unterschrift Vollmachtgeber)

---

Ort, Datum  
(Unterschrift Bevollmächtigter)

## **Einwilligung zur Verwendung von Bildmaterial**

Hiermit erkläre ich mich als Erziehungsberechtigte/r damit einverstanden, dass während der Teilnahme meines Kindes an der Veranstaltung **GAMING NIGHT** Fotos und/oder Videos aufgenommen werden können.

Ich erlaube total verpLANT e.V., diese Aufnahmen für Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit, Berichterstattung und Darstellung der Veranstaltung zu nutzen. Die Aufnahmen werden ausschließlich kontextgebunden benutzt. Dies schließt die Verwendung in Printmedien, Online-Plattformen, Social-Media-Kanälen und weiteren Kommunikationsmitteln ein.

Ich verstehe, dass die Verwendung der Bilder im Einklang mit den geltenden Datenschutzbestimmungen erfolgt und dass keine persönlichen Informationen meines Kindes ohne meine ausdrückliche Zustimmung veröffentlicht werden. Ich bin darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, indem ich total verpLANT e.V. schriftlich informiere.

Name des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_