

## Einverständniserklärung Bitte zur KJG-Werwolfnacht mitbringen!

KjG-Werwolfnacht 2017

KjG Bad Orb  
Alfons-Lins-Haus  
Pfarrgasse 18  
63619 Bad Orb

**Kontakt:**

Telefon: +49 1624276689

E-Mail: [laurenz.karger@gmail.com](mailto:laurenz.karger@gmail.com)

---

**Bitte geben Sie ihrem Kind die Einverständniserklärung unbedingt mit zur KJG-Werwolfnacht, da sonst eine Teilnahme leider nicht möglich ist!**

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass unser(e) Sohn/Tochter

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

an der KjG-Werwolfnacht am 31.03.2017 teilnimmt.

Ich bin / Wir sind unter folgender Telefonnummer während der KjG-Werwolfnacht erreichbar:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Adresse

Er/Sie leidet an chronischen Erkrankungen (z.B. Allergien) oder anderen Krankheiten  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Ja/Nein

Er/Sie hat Medikamente während der KjG-Werwolfnacht dabei:  
Wenn ja, welche? *(Bitte geben Sie auch den Beipackzettel mit!)* \_\_\_\_\_ Ja/Nein

Unser Kind ist Vegetarier: \_\_\_\_\_ Ja/Nein

Unser Kind ist Veganer: \_\_\_\_\_ Ja/Nein

Ich erlaube, dass während der KjG-Werwolfnacht Bild-&Tonaufnahmen meines Kindes angefertigt werden.  
Diese dürfen in unbegrenztem Maße für Presse- und Werbearbeit genutzt werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschriften der/des Erziehungsberechtigten