

VOLLMACHT

Übertragung der Aufsichtspflicht

Ich/wir als Erziehungsberechtigte/r

Vorname, Name

im Notfall telefonisch erreichbar unter:

übertragen die Aufsichtspflicht für mein/unser Kind

Vorname, Name

Alter

für die Dauer des Projektes

Titel

Offener Kanal

Datum, Uhrzeit

auf die Mitarbeitenden des Offenen Kanals der Medienanstalt Mecklenburg-Vorpommern. Die Wahrnehmung der Aufsichtspflicht kann auch durch FSJler/innen oder Praktikanten/innen des Offenen Kanals erfolgen, sofern diese nach Einschätzung der Bediensteten des Offenen Kanals aufgrund ihrer vorhandenen Kenntnisse und Fähigkeiten zur Beaufsichtigung geeignet sind. Die Vollmacht gilt für Veranstaltungen in den Räumen des Offenen Kanals und auch für solche außerhalb des Offenen Kanals, wobei bei Letzteren für Audio- und/oder Videoaufnahmen stets eine Begleitung durch aufsichtspflichtige Personen des Offenen Kanals stattfindet.

Ich/Wir erlaube/n unserem Kind in der Pause der Veranstaltung, die Räume des Offenen Kanals eigenverantwortlich und unbeaufsichtigt zu verlassen, um z.B. Verpflegung zu kaufen.

ja nein **(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

Mein/Unser Kind darf nach der Veranstaltung eigenverantwortlich nach Hause gehen.

ja nein **(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

Ort, Datum

Unterschrift der/ des Erziehungsberechtigten

vom Teilnehmenden vor Ort zu unterzeichnen

Über die im Offenen Kanal und bei Veranstaltungen außerhalb des Offenen Kanals möglichen Gefahrensituationen und den erforderlichen und korrekten Umgang mit der Technik des Offenen Kanals wurde ich belehrt. Ich werde die Hinweise beachten und umsetzen.

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmenden
