



Sonstige Hinweise in Bezug auf die Nutzung von Betreuungsangeboten

Name der Teilnehmer*in: _____

Das **Hygiene- und Schutzkonzept des Vereins** liegt vor und wurde gelesen.

Ich, als Angehörige*r einer Teilnehmer*in eines Gruppenangebotes des Vereins für Behinderte e.V. erkläre mich bereit, während des Gruppenangebotes telefonisch erreichbar zu sein.

Ich wurde darüber in Kenntnis gesetzt, dass ich über eine Erkrankung oder den Verdacht einer Erkrankung, ebenso bei Erkrankung von Kontaktpersonen, die verantwortliche Fachkraft des Gruppenangebotes informieren muss.

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten meines Kindes: Name, Adresse, Telefonnummer gemäß § 2a CoronaSchVo für den Aufenthalt in der Gruppe erfasst werden. Die Daten werden vor dem Zugriff Unbefugter gesichert aufbewahrt und nach Ablauf von vier Wochen, vollständig vernichtet. Die Daten werden im Bedarfsfall an die zuständige Behörde weitergeleitet.

Ich bin mit einer papiergebundenen und digitalen Datenerfassung einverstanden.

Ich bin nur mit einer papiergebundenen Datenerfassung einverstanden.

Datum und Unterschrift Teilnehmer*in/ gesetzl. Betreuer*in