

**Zustimmungserklärung**   
Einwilligung gem Art 6 Abs. 1 lit. a iVm Art 7 DSGVO (Datenschutz-Grundverordnung)

Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten/die personenbezogenen Daten

meines Kindes,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

für folgende Zwecke: Homepage, Jahrbuch, Berichte in Zeitungen, Berichterstattung in Radio, Fernsehen und Online-Medien verarbeitet werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich mittels Brief an die Schulleitung der Schule VS Bregenz Stadt, Schillerstraße 7, widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.   
  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Ort, Datum Unterschrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung zur Einnahme von Kaliumjodid-Tabletten**

Name des Kindes: Geburtsdatum:

Name des/der Erziehungsberechtigten:

* JA, ich erteile die Einwilligung (für die Dauer des Besuches der Einrichtung), meinem Kind nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodid-Tabletten zu verabreichen. Ich bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten und Gegenanzeigen zur Einnahme der Tabletten bekannt sind, und dass ich bei Bekanntwerden von Unverträglichkeiten oder Gegenanzeigen die Einrichtung unverzüglich verständigen werde.
* NEIN, ich erteile die Einwilligung nicht

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