

Anmeldung zum LESESOMMER-CLUB

Nachname:

Vorname:

Ich bin: weiblich männlich divers:

Geburtsdatum: ● ●

Straße:

PLZ: Ort:

E-Mail:

Telefon:

Nach den Ferien bin

ich in dieser Schule:

und in dieser Klasse:

Ich bin schon Mitglied in der Bibliothek: JA NEIN

Ich willige als Erziehungsberechtigte/r ein, dass mein Kind am LESESOMMER teilnimmt. Ich bin darüber informiert und einverstanden, dass die im Rahmen des LESESOMMERS erhobenen Daten meines Kindes von der Bibliothek für die Durchführung des LESESOMMERS elektronisch gespeichert werden. Die Speicherung und Nutzung kann ich jederzeit durch Erklärung gegenüber der Bibliothek widerrufen. Widerrufe ich meine Einwilligung, nimmt mein Kind nicht weiter am LESESOMMER teil und die Daten werden gelöscht. Im Anschluss an den LESESOMMER werden die Bewertungskarten an das LBZ zwecks landesweiter Preisziehung weitergegeben und anschließend vernichtet. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht.

.....
Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r