

# Antrag auf Mitgliedschaft im Jugendrotkreuz

## Persönliche Daten

Name, Vorname	Telefonnummer
Straße, Hausnummer	Handynummer
Postleitzahl, Wohnort	Geburtsdatum
E-Mail-Adresse	Faxnummer
Name, Vorname des Personensorgeberechtigten	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich   <input type="checkbox"/> weiblich
Adresse und Telefonnummer des / der Personensorgeberechtigten (falls abweichend)	

## Bemerkungen

Ggf. besondere Hinweise für den KV- / OV-Leiter (z. B. Vegetarier, Krankheiten, Allergien, ...)
---

## Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in folgendem Ortsverein:

Ortsverein	Gruppe / Schulsanitätsdienst
------------	------------------------------

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Jugendrotkreuz. Erhalte ich keine Absage, so gehe ich davon aus, dass meinem Antrag zugestimmt wurde. Die Mitgliedschaft ist kostenlos.

Die Mitgliedschaft endet:

- durch Austritt oder Ausschluss,
- mit Vollendung des 27. Lebensjahres,
- bei Älteren durch Beendigung des Leitungsamtes,
- bei Aufgabe der Tätigkeit.

### Für SchulsanitäterInnen:

- Meine Mitgliedschaft im Jugendrotkreuz endet parallel mit der Mitgliedschaft im Schulsanitätsdienst. Meine Mitgliedschaft im Schulsanitätsdienst endet voraussichtlich nach dem Schuljahr \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.
- Ich bleibe auch nach meinem Ausscheiden aus dem Schulsanitätsdienst Mitglied im Jugendrotkreuz, die Formalitäten kläre ich mit der zuständigen OV-Leitung.

Ich nehme sobald als möglich an einem Orientierungswochenende teil.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkenne die Ordnung für das Jugendrotkreuz im DRK-Landesverband Westfalen-Lippe an.

Ich bin weiter damit einverstanden, dass im Rahmen meiner Mitgliedschaft auf Veranstaltungen (z.B. Notfalldarstellungen, Gremien,...) entstandene Fotos / Filme unentgeltlich für die Öffentlichkeitsarbeit innerhalb des DRK in Lippe ohne jede zeitliche und örtliche Einschränkung genutzt werden dürfen.

(Falls nicht zutreffend bitte obigen Absatz sichtbar durchstreichen)

### Hinweis zum Datenschutz (falls nicht zutreffend bitte streichen)

Ich bin einverstanden, dass mich das Deutsche Rote Kreuz regelmäßig über neue Leistungen und zu Marketingzwecken informieren darf. Ich kann dies jederzeit beim Kreisverband Lippe e.V. schriftlich widerrufen. Ansonsten werden vorstehende Daten nur im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung Ihrer Mitgliedschaft von dem Kreisverband/Ortsverein oder durch einen Vertragspartner erfasst bzw. verarbeitet.

Bei Minderjährigen ist auch die Unterschrift der / des Personensorgeberechtigten erforderlich.

Ort	Datum	Unterschrift des Teilnehmers	Unterschrift der / des Personensorgeberechtigten
-----	-------	------------------------------	--