



# DRK Kreisverband Offenbach e.V.

## Anmeldung

### Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Ich möchte als Mitglied in das DRK im Ortsverein \_\_\_\_\_ aufgenommen werden  
und dem Jugendrotkreuz angehören.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### **Erklärung**

(falls Antragsteller nicht volljährig, vom Personensorgeberechtigten auszufüllen)

Ich \_\_\_\_\_ bin damit einverstanden, dass mein/e  
Sohn/Tochter Mitglied des Jugendrotkreuzes und damit des Deutschen Roten Kreuzes wird.

Mein/e Sohn/Tochter benötigt folgende Medikamente: \_\_\_\_\_

Mein/e Sohn/Tochter hat folgende Allergien: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie zwei Ansprechpartner an, für den Fall, dass wir Sie als Personensorgeberechtigten erreichen müssen:

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner Tätigkeit beim Jugendrotkreuz bzw. Deutschen Roten Kreuz gemachten Fotos, zum Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit, von der Kreisleitung sowie der Ortsleitung genutzt werden dürfen. Dies betrifft sowohl, Digital-, als auch Printmedien. (falls nicht gewünscht, Absatz bitte streichen)

**Bitte unbedingt ein Passfoto beifügen!!**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

**Datenschutzerklärung:**

Ich bin darüber informiert, dass die Verbände des DRK die auf diesem Anmeldebogen eingetragenen Daten, auch Gesundheitsdaten, zum Zwecke der satzungsgemäßen Aufgabenerfüllung, erheben, verarbeiten und nutzen.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz habe ich jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Sperrung meiner Daten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

**Vom DRK auszufüllen:**

Eingang am: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer in Datenbank: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kreisleitung