Kommunales Integrationszentrum Kreis Steinfurt

TEILNEHMERLISTE

Programme Griffbereit / Rucksack Kita / Rucksack Schule

KREIS STEINFURT

Durchführungsmonat / -jahr:_____ Durchführungsort:_____ Programm: _____ Elternbegleiter/-innen: _____

Bitte bestätigen Sie Ihre Teilnahme an den Terminen (per Unterschrift oder durch ein Häkchen). Vielen Dank!

Name, Vorname	**Termin:**	**Termin:**	**Termin:**	**Termin:**	**Termin:**

Hinweise zum Datenschutz:
Ihre personenbezogenen Daten werden zur Bestätigung Ihrer Anwesenheit erhoben und nicht an sonstige Dritte weitergegeben. Wenn wir von Ihnen nichts Gegenteiliges hören, gilt Ihre Genehmigung hierzu als erteilt und beschränkt sich nur auf die Daten, die zur Durchführung des zuvor genannten Zweckes erforderlich sind. Ihre Zustimmung können Sie auch in Zukunft jederzeit widerrufen. Bitte teilen Sie uns dieses per Mail an integration@kreis-steinfurt.de mit. Einzelheiten zum Thema Datenschutz können der Datenschutzerklärung des Kreises Steinfurt (https://www.kreis-steinfurt.de/kv_steinfurt/Datenschutz) entnommen werden.

Anmerkung für die Elternbegleiter/innen: Bitte führen Sie die Teilnehmerliste jeden Monat (ergänzt um die Datumsangabe). Bitte reichen Sie die geführten Teilnehmerlisten monatlich gemeinsam mit Ihrer Abrechnung der durchgeführten Stunden ein.