

☐ **Foto-, Video- und Öffentlichkeitsarbeit**

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen des Erinnerungsprojekts Foto- und Videoaufnahmen von mir erstellt werden.

Diese dürfen zur Dokumentation des Projekts sowie für die Öffentlichkeitsarbeit von Student Author Project e. V., Die Lebensstadt e.V. und der Brandenburgischen Gesellschaft für Kultur und Geschichte verwendet werden, insbesondere

- auf den Websites,
- in sozialen Medien,
- in Präsentationen,
- in Presse- und Medienberichten,
- sowie in Informations- und Werbematerialien der Kooperationspartner.

Eine Weitergabe der Aufnahmen an Dritte erfolgt ausschließlich im Rahmen der genannten Veröffentlichungen.

☐ **Übertragung von Verlagsrechten**

Ich habe verstanden, dass meine Inhalte (Texte, Illustrationen, Fotos, etc.) nur veröffentlicht werden dürfen und veröffentlicht werden können, wenn ich die Verlagsrechte an Student Author Project e.V. übertrage. Dies werde ich spätestens zum Zeitpunkt der Abgabe der finalen Texte durch den von Student Author Project e.V. vorbereiteten Verlagsvertrag vornehmen.

☐ **Freigabe meiner Erinnerungen für Dritte**

Ich gebe meine Erinnerungen als Inspiration für Dritte frei, die daraus eigenständige Kindergeschichten entwickeln dürfen.

Eine Erinnerung kann durchaus die Basis für mehrere (unterschiedliche!) Geschichten werden.

Die Geschichte soll in diesem Fall gekennzeichnet werden mit:

„Basierend auf den Erinnerungen von _____“

☐ **Verpflichtung zur Kennzeichnung von Erinnerungen Dritter**

Falls meine Geschichte durch Erinnerungen Dritter inspiriert wurde, werde ich diese gemäß den Wünschen der Erinnerungs-Geber kennzeichnen.

☐ **Widerruf**

Mir ist bekannt, dass ich jede dieser Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt hiervon unberührt.

Ein Widerruf der Verlagsrechte und der Freigabe von Erinnerungen für Dritte ist nach dem Abgabetermin der finalen Texte (30. September 2026) nicht mehr möglich.

Datum

Unterschrift



VOM ALTEN KRANKENHAUS ZUM KINDERBUCH - WENN MAUERN SPRECHEN KÖNNTEN

ANMELDUNG

Vorname Name: _____

Adresse: _____

Mobil-Nr: _____

Email: _____

JA, ICH MÖCHTE MICH GERNE EINBRINGEN!

☐

Erinnerungs-Café

☐

Schreibworkshop

☐

Illustrationen

☐

Ich möchte gerne
mitmachen, bin mir aber
noch unsicher, wie genau

☐

Ich nehme online von zu Hause
aus an den Schreibworkshops teil

☐

Ich komme für die
Schreibworkshops ins
Familienzentrum

Einverständniserklärungen

Bitte kreuzen Sie an, womit Sie einverstanden sind:

☐ WhatsApp-Gruppe

Ich bin damit einverstanden, dass meine Mobilfunknummer in eine WhatsApp-Gruppe für die Teilnehmenden des Erinnerungsprojekts aufgenommen wird.

Die Gruppe dient ausschließlich der Organisation des Projekts (z. B. Termine, Informationen, Erinnerungen und organisatorische Hinweise). Meine Telefonnummer ist ausschließlich für die Mitglieder dieser Projektgruppe sichtbar und wird nicht an Dritte weitergegeben.