

**werde Teil unseres
Gartenbautrupps**

**Für Teilnehmende
von 12-18 Jahren**

**1 mal wöchentlich
nach
Absprache
(per WhatsApp)**

Kostenlos

**UNDER
CONSTRUCTION**

Jugendclub
**NORD
LICHT**

Kornbergstraße 117, 98528 Suhl
www.nordlicht-suhl.com
 Tel. Jugendclub: 03681/
 87926220
 Tel. SJR-Büro: 03681/
 87926200

In Jahr 2022 ist ein **Garten auf dem Nordlichtgelände** entstanden. Jugendliche, die Spaß daran haben, gemeinsam mit Anderen diese Anlage weiter zu entwickeln und sich im Gärtnern auszuprobieren möchten, können sich beim Projekt „Mehrgenerationengarten“ anmelden.

Wer eher Lust auf das **Schrauben, Nageln, Sägen, und Hämmern** hat, kann auch unserem **Gartenbautrupps** beitreten. **Einmal in der Woche** (zumindest bei schönem Wetter) werden wir handwerklich aktiv und bauen für unsere Gärtner den Garten aus.

Ihr benötigt nur Kleidung (incl. Schuhe) die auch mal schmutzig werden dürfen.

| | |
|------------------|---------------------------|
| Tel. Jugendclub: | 03681 / 879 26 220 |
| Clubsmartphone: | 0176 - 363 428 41 |
| Öffnungszeiten: | Mo - Fr 13:00 - 19:00 Uhr |

Ich versichere, dass ich/mein Kind (nach aktuellem Kenntnisstand) an keiner ansteckenden Krankheit leidet. Wenn eine ansteckende Krankheit auftritt, werde ich das Betreuerteam darüber informieren.

Ich habe bereits eine Datenschutzbelehrung des Stadtjugendringes unterschrieben oder werde dies zum nächst möglichen Zeitpunkt nachholen. (im Bedarfsfall bitte unsere Mitarbeiter persönlich ansprechen)

Ich bin einverstanden folgendes Medium für Absprachen bezüglich des Projektes zu nutzen:

WhatsApp E-Mail persönlicher Anruf

Ich bin einverstanden dass mein Kind Werkzeuge, mit mäßigen Verletzungsrisiko unter Aufsicht bedienen darf. (Hammer, Akkuschrauber, Multitool,...)

Mein Kind ist unterrichtet, dass Werkzeuge, mit hohem Gefährdungspotential ausschließlich (z.B. Kreissägen, Winkelschleifer) von Betreuern und volljährigen Teilnehmenden bedient werden dürfen.

Worauf muss während des Angebotes besonders geachtet werden?

(z.B. Allergien, Medikamente)

Sonstige Angaben: _____

Ort/Datum

Unterschrift