**JugendFilmTage Sexualität, Liebe, Freundschaft, HIV/Aids**

**Anmeldebestätigung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anschrift der Schule |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Name Lehrkraft |  |  |
| Telefon/Fax/Mail |  |  |

Hiermit bestätigen wir Ihre **Teilnahme an der Fortbildung für Lehrkräfte** *(ggf. streichen)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Termin |  |  |
| Zeit |  |  |
| Ort |  |  |

Hiermit bestätigen wir die **Teilnahme Ihrer Schulklasse/n an den JugendFilmTagen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Termin |  |  |
| Zeit |  |  |
| Ort |  |  |
| Film |  |  |
| Schulklasse/n |  |  |
| Anzahl Schüler/innen |  |  |
| Anzahl Lehrer/innen |  |  |

# Anmerkungen zum Ablauf der Veranstaltung

* Beim Eintreffen im Kino melden Sie sich als Lehrer/in bitte an der Information unter Vorlage der Anmeldebestätigung an.
* Im Kinofoyer finden vor und nach den Filmen verschiedene Mitmach-Aktionen zu den Themen Sexualität, Liebe, Freundschaft und HIV/Aids statt, zu denen wir Sie mit Ihren Schüler/innen herzlich einladen. Bitte planen Sie hierfür ca. 1 Stunde Zeit ein.
* Der Einlass in den Kinosaal erfolgt ca. 10 Minuten vor Vorstellungsbeginn. Bitte achten Sie darauf, dass Sie mit Ihren Schüler/innen im Klassenverband sitzen.
* Tabu-Themen wie (Homo-) Sexualität, Aids, etc. wirken auf Jugendliche unterschiedlich. Wir bitten Sie, das Verhalten Ihrer Schüler/innen im Blick zu behalten.
* Selbstverständlich gelten auch bei dieser Veranstaltung die im Kino üblichen Verhaltens-regeln (Rauchverbot, Vermeidung von Störungen, Sauberkeit, Müllentsorgung etc.). Im Rahmen Ihrer Aufsichtspflicht bitten wir Sie, das Kinopersonal bei ggf. notwendigen Interventionen zu unterstützen.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_