



## Aufsichtspflicht während der Berufsorientierungswoche an der Universität zu Lübeck

### Liebe Eltern,

die Universität zu Lübeck macht mit der Berufsorientierungswoche ein Angebot für Schüler\*innen zur Berufsorientierung.

In diesem Rahmen halten sich die Teilnehmenden eine Woche lang von montags bis freitags jeweils zwischen 9 und 13.30 Uhr auf dem Campus der Universität zu Lübeck auf. Betreut werden sie dabei von erfahrenen Ausbilder\*innen.

Für den Ablauf sind die folgenden Hinweise wichtig:

1) Es ist wichtig, dass Ihr Kind den Anweisungen des Personals im Rahmen der Veranstaltung Folge leistet. Es kann in diesem Rahmen nicht gesondert auf Ihr Kind eingegangen werden.

2) Die Veranstalterin sowie ihre Gehilfen übernehmen für den oben genannten Zeitraum der Veranstaltung die Aufsichtspflicht. Für den Weg zu bzw. von der Veranstaltung kann die Universität zu Lübeck keine Aufsichtspflicht übernehmen. Die Aufsichtspflicht wird insoweit ausgeschlossen.

3) Es wird bei dieser Veranstaltung Eis und Gebäck geben. Sollten bei Ihrem Kind Nahrungsmittelunverträglichkeiten bestehen, teilen Sie uns dies bitte mit. Ihr Kind kann dann leider keine der angebotenen Speisen konsumieren. Wir freuen uns, wenn Sie Ihrem Kind in diesem Fall eine Kleinigkeit mitgeben. Vielen Dank!

4) Im Falle einer Verletzung Ihres Kindes werden Sie als Eltern informiert, um das weitere Vorgehen zu veranlassen. Im Notfall wird ein Rettungswagen/Notarzt gerufen.

Bei Fragen wenden Sie sich gern an mich. Sie erreichen mich unter: 0451 31012103 bzw. [jeannine.grimm@uni-luebeck.de](mailto:jeannine.grimm@uni-luebeck.de)

Herzliche Grüße

i.A. Jeannine Grimm  
Ausbildungskoordination der Universität zu Lübeck

Bitte senden Sie die folgende unterschriebene Erklärung zusammen mit den übrigen Bewerbungsunterlagen an: [wirbildenaus@uni-luebeck.de](mailto:wirbildenaus@uni-luebeck.de). Vielen Dank.

---

Wir haben die Informationen zur Aufsichtspflicht erhalten und zur Kenntnis genommen und erklären uns insbesondere mit der oben beschriebenen Handhabung der Aufsichtspflicht einverstanden.

Name der\*des Teilnehmers\*in: \_\_\_\_\_

Es bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten: • ja, und zwar: \_\_\_\_\_ • nein

Telefonnummer in Notfällen: \_\_\_\_\_

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

Unterschriften aller Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_