**Datenerfassung Teilnehmer**

zum Lehrgang Atemschutzgeräteträger nach FwDV 7

**Bitte dieses Dokument min. 2 Wochen vor Lehrgangsbeginn unterschrieben zurück an** [**atemschutz@kreisbrandinspektion-wug.de**](mailto:atemschutz@kreisbrandinspektion-wug.de) **senden. Vielen Dank!**

**Name, Vorname** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **geb. am** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Name der Feuerwehr) (Gemeinde/Stadt)

**Mail** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Handy** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**wird am Lehrgang für Atemschutzgeräteträger im Atemschutzzentrum Pleinfeld verbindlich teilnehmen.**

**Teilnahmevoraussetzungen (für nähere Informationen siehe Hinweise für die Lehrgangsteilnehmer):**

* Mindestalter 18 Jahre
* Gesund & charakterlich geeignet
* Erfolgreich abgeschlossene Grundausbildung zum Feuerwehrmann oder MTA 5 Ausbildung, Truppführerqualifikation inkl. Ausbildung zum Sprechfunker
* Eine gültige ärztliche Eignungsuntersuchung nach Grundsatz G 26.3
* Dreitagebartträger / Vollbartträger, Personen mit Koteletten oder mit tiefen Narben im Bereich der Dichtlinie der Atemanschlüsse sowie Personen mit einer Kopfform, die keine Maskendichtigkeit gewährleistet, sind für den Lehrgang nicht zugelassen.
* Teilnahme an allen Ausbildungsterminen
* Vollständige und zugelassene Schutzausrüstung nach DGUV - Information 205-014

Einwilligung Bildrechte & Datenschutz:

Der Teilnehmer erklärt sich damit einverstanden, dass Bild- und Tonaufnahmen während Ausbildungsveranstaltungen erstellt werden und zum Zwecke der Ausbildung und im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit in verantwortungsvoller Weise verwertet und veröffentlich werden dürfen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Kommandant/Beauftragter für den Atemschutz

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Teilnehmer