

Projekt-Einreichformular für Organisationen

Angaben zur Organisation

Name / Bezeichnung*

Straße und Nr.*

PLZ*

Ort*

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Telefonnummer*

E-Mail Adresse*

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Angaben zur projektverantwortlichen Person

Vorname*

Nachname*

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Titel vorangestellt

Titel nachgestellt

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Telefonnummer*

E-Mail Adresse*

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Projektdaten

Projekttitel*

Projektbeschreibung* Was ist geplant? Wie werden die Jugendlichen eingebunden?

Hinweis Mindestausmaß: Die Umsetzung des Projekts umfasst mindestens sechs Stunden, aufgeteilt auf mindestens zwei Termine.

Projektziele* Was soll mit dem Projekt erreicht werden? Worauf zielt das Projekt ab?

*Pflichtfelder: Felder mit Sternchen bitte ausfüllen

Zielgruppe, Zeitraum & Doku

Zielgruppe: wer wird am Projekt teilnehmen?

Hinweis: Mindestteilnehmer*innenanzahl sind fünf Jugendliche

Anzahl der teilnehmenden
Jugendlichen im Alter von 12 - 14 Jahren*

Anzahl der teilnehmenden
Jugendlichen im Alter von 15 - 16 Jahren*

Anzahl der teilnehmenden
Jugendlichen im Alter von 17 - 18 Jahren*

Anzahl der teilnehmenden
Jugendlichen im Alter von 19 - 20 Jahren*

Geplanter Projektstart*

Geplantes Projektende*

Dokumentation und Präsentation* - Wie werden die Projektergebnisse gesichert?

...durch eine Videodokumentation / Slideshow

...durch eine Mitmachaktion von mind. 15 Minuten

...durch die Erstellung eines Mini-Magazines

...durch die Erstellung eines Podcasts

...durch die Erstellung eines Trickfilms

(Übermittlung der Präsentationen bis 15.06.2025 - ausgenommen Mitmachaktion)

Teilnahme an der Jugendgesundheitskonferenz am 26.06.2025*

Anzahl der teilnehmenden Jugendlichen an der Jugendgesundheitskonferenz 2025

Ihre Anmerkungen

*Pflichtfelder: Felder mit Sternchen bitte ausfüllen

Kontodaten

IBAN*

BIC*

Kontoinhaber*in*

Bitte nach Möglichkeit das Konto der Organisation angeben

Einwilligungserklärung DSGVO

Ich bestätige, dass ich die DSGVO gelesen habe und akzeptiere.

DSGVO*



<https://www.praevention.at/datenschutz>

Filme und Fotos

Auf der Veranstaltung werden Film- und Tonaufnahmen sowie Fotos gemacht, mit deren auch späteren Verwendung Sie sich durch den Besuch der Veranstaltung einverstanden erklären.

Film und Fotos*

Ich bestätige, dass Film- und Tonaufnahmen sowie Fotos bei der Veranstaltung von mir gemacht und verarbeitet werden dürfen.

Datenschutz

Die angegebenen Daten werden zur Abwicklung der Projekt- bzw. Förderungszusage verwendet und im Zuge dessen auch an das Land OÖ, Abteilung Gesundheit, weitergeleitet. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter: www.land-oberoesterreich.gv.at/datenschutz.htm



Adresse Institut Suchtprävention

Senden Sie bitte das ausgefüllte Formular an:

Institut Suchtprävention
zH Hr. Mag. Peter Eberle, MA
Hirschgasse 44
4020 Linz

Oder per E-Mail an:

info@praevention.at
Betreff:
Einreichformular für Organisa-
tionen - Mental Genial

*Pflichtfelder: Felder mit Sternchen bitte ausfüllen