

An den  
Salzburger Amateurtheaterverband  
Bergstraße 12  
5020 Salzburg  
E-Mail: [vorstand@sav-theater.at](mailto:vorstand@sav-theater.at)



## Ansuchen um Unterstützung eines Kindertheater - Workshops

Wir, \_\_\_\_\_  
Gruppen- oder Ensemblename

ersuchen um Unterstützung für die geplanten Kindertheater – Workshops.

Titel der Workshops: \_\_\_\_\_

Alter der teilnehmenden Kinder: \_\_\_\_\_

Die Workshops finden an folgenden Tagen \_\_\_\_\_

jeweils von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ statt.

Die Workshops werden von Herrn /Frau \_\_\_\_\_ geleitet.

### Ziel:

Durchführung von Theaterworkshops mit Kindern bis 14 Jahren. Eine abschließende öffentliche Aufführung ist nicht vorgeschrieben.

### Wir verpflichten uns, folgende Richtlinien einzuhalten:

1. Es werden mind. 9 Stunden Theaterworkshops für Kinder angeboten.
2. Mindestteilnehmerzahl: 8 Kinder im Alter bis 14 Jahren
3. Schriftliche Anmeldung bis zwei Monate vor Workshop - Beginn per Post oder E-Mail.
5. Mindestens 2. Jahr Mitglied des SAV (Mitgliedsbeitrag für das laufende Jahr bereits bezahlt).
6. Logo „SAV – Theaterwerkstatt Kindertheater“ auf Ausschreibungen, Plakaten und in Programmen.

### Die Kostenbeteiligung des SAV

- betrifft Honorare für Workshopleiter/innen, Rechnungen für Mietkosten, Materialaufwand, etc.
- in Höhe von max. EUR 400.- obliegt dem Vorstand. Sie beruht auf den budgetären Möglichkeiten des Verbandes und bedingt die Einhaltung der obigen Richtlinien. Eine Auszahlung an Theatergruppen ist nicht möglich.
- bedingt einen Nachweis über die erfolgten Workshops. Dieser muss spätestens 1 Monat danach erfolgen. Geeignete Nachweise sind ein kurzer schriftlicher Bericht, ggf. auch Programme, Presseberichte oder Fotos.
- Weiters sind folgende Informationen über Teilnehmer/innen erforderlich:  
Anzahl, Alter, Unterteilung in Kinder mit – oder ohne Theatererfahrung

### Beeinspruchung

Der Vorstandsentscheid kann mittels Schiedskommission analog § 15 der Vereinsstatuten des SAV beeinsprucht werden. Die Schiedskommission setzt sich aus Personen, die nicht dem SAV angehören, zusammen.

Beeinspruchsfrist: 10 Tage ab der schriftlichen Mitteilung.

Bankverbindung: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse / PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift